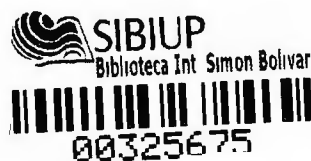


**UNIVERSIDAD DE PANAMA
VICERRECTORIA DE INVESTIGACION Y POSTGRADO
FACULTAD DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA**



**TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL APLICADA A MUJERES
ASPIRANTES A LA VIDA RELIGIOSA CON SINTOMAS DE ANSIEDAD**

POR

**Lic DAIRA ARACELI ROSALES BANQUE
Ced 3 66-859**

**Tesis de postgrado presentada a la
Facultad de Psicologia, como uno
de los requisitos, para optar por el
Grado de Magister en Psicologia
Clinica**

PANAMA REPUBLICA DE PANAMA

2017

**UNIVERSIDAD DE PANAMA
VICERRECTORIA DE INVESTIGACION Y POSTGRADO
PROGRAMA DE MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA
FACULTAD DE PSICOLOGIA**

**FORMULARIO PARA LA PRESENTACION DE PROYECTO DE
INVESTIGACION CONDUCENTES A TESIS DE POSTGRADO**

08 MAY 2018

Programa del Asesor

Programa de Maestria en	Psicologia Clinica
Facultad de	Psicologia
Numero deCodigo	CE PT-327-14 06 17 150
COMC del estudiante	Daira Araceli Rosales Banque
Cedula	3 66 859
Titulo al que aspira	Magister en Psicologia Clinica
Tema de Tesis	Terapia Cognitivo Conductual aplicada a mujeres aspirantes a la vida religiosa con sintomas de ansiedad
Resumen Ejecutivo	Es una investigacion cuasi – experimental con pre prueba y post prueba y estudio de caso En esta investigacion se validara estadisticamente la efectividad de un procedimiento cognitivo conductual para reducir la ansiedad
Nombre del Asesor	Magister Ricardo Lopez
Firma del Asesor	_____
Firma del Estudiante	_____
Proyecto Aprobado por	_____ Coordinador del Programa
	_____ Director de Postgrado de la Vicerrectoria de Investigacion y Postgrado
Fecha	_____

DEDICATORIA

A las Religiosas de la Comunicacion Social que hace mas de cuatro decadas me acogieron permitiendome formar parte de esta familia y a todas aquellas mujeres que siguen a Cristo viviendo los consejos evangelicos que entregan su vida hasta el extremo para que el hombre sea dignificado y que manifiestan al mundo con alegria que vale la pena ser consagrada

AGRADECIMIENTOS

Son muchos los motivos que tengo Señor para darte gracias en esta ocasión quiero agradecerte porque tu amor misericordioso me permite contar contigo incondicionalmente gracias por las dos familias que me diste la de sangre y la comunitaria ambas procuraron que todo fuera posible para que culminara esta carrera gracias por las personas que pusiste en mi camino todas tuvieron algo que aportarme gracias por el asesor cuyo consejos me motivaron a continuar la tarea iniciada

INDICE DE CONTENIDO

Portada	1
Hoja de aprobacion	II
Dedicatoria	III
Agradecimientos	IV
Resumen / Abstract	XI
Introduccion	1
Capitulo I – Marco Teorico	6
1 Ansiedad	7
2 Trastorno de ansiedad	13
2 1 Clasificacion de los trastornos de ansiedad	17
2 1 1 Trastorno de ansiedad por separacion	17
2 1 2 Trastorno de mutismo selectivo	17
2 1 3 Trastorno de fobia especifica	18
2 1 4 Trastorno de ansiedad social	18
2 1 5 Trastorno de panico	19
2 1 6 Trastorno de agorafobia	19
2 1 7 Trastorno de ansiedad generalizada	20
2 1 8 Trastorno de ansiedad debido a otra afeccion medica	20
2 1 9 Trastorno de ansiedad inducido por sustancia / medicamento	20
2 1 10 Otro trastorno de ansiedad especificado o no especificado	21

3	Trastorno de ansiedad generalizada	21
3 1	Descripcion general	21
3 2	Criterios diagnosticos de Ansiedad Generalizada	22
3 3	Caracteristicas diagnosticas	23
3 4	Prevalencia	24
3 5	Diagnostico diferencial	24
3 6	Factores de riesgo y pronostico	27
3 7	Consecuencias funcionales de trastorno de Ansiedad Generalizada	28
3 8	Datos estadisticos del Trastorno de Ansiedad Generalizada en Panama	28
Capitulo II Terapia Cognitivo Conductual en el Tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada		35
1	Intervenciones Terapeuticas	36
1 1	Tratamiento farmacologico	37
1 2	Psicoeducacion	39
1 3	Terapia Psicodinamica	39
1 4	Terapia Cognitivo Conductual	41
1 4 1	Terapia Cognitiva (Aaron Beck 1962)	43
1 4 2	La Psicoterapia Cognitivo Analitica	44
1 4 3	Terapia Cognitiva Narrativa	44
1 4 4	Terapia Cognitivo Post Racionalista	45
1 4 5	Terapia Centrada en Esquemas (Young)	45
1 4 6	Terapia Constructivista Relacional	46

1 4 7	Terapia Linguistica de Evaluacion	47
1 4 8	Terapia Resolucion de Problemas	48
1 4 9	Terapia Dialectica	49
1 4 10	La Terapia Cognitiva Conductual	51
1 4 11	Terapia Racional Emotiva Conductual	52
1 4 12	Reestructuracion Cognitiva	57
1 5	Tecnicas de Relajacion Muscular	58
1 6	Tecnica de Respiracion Controlada	60
1 7	Visualizacion – Imaginacion guiada	61
1 8	Detencion del pensamiento	64
1 9	Desensibilizacion Sistemica	65
Capitulo III Metodologia		67
1	Planteamiento del Problema	68
2	Justificacion	69
3	Objetivos de la investigacion	72
3 1	Objetivos generales	72
3 2	Objetivos especificos	72
4	Hipotesis	73
4 1	Hipotesis conceptual	73
4 2	Hipotesis estadistica	73
5	Variables	73
6	Definicion de Variables	74

7	Diseño de investigacion	78
8	Diseño estadístico	79
9	Poblacion y muestra	79
9 1	Poblacion	79
9 2	Muestra	79
9 3	Criterios de Inclusion	80
9 4	Criterios de exclusion	80
10	Instrumentos de medicion y evaluacion	80
11	Entrevista clinica	82
12	Limitaciones de la investigacion	82
13	Procedimiento estadístico	83
14	Resultado y analisis	85
14 1	Analisis de datos socio demografico de la muestra	85
14 2	Analisis de cada caso	90
14 3	Analisis de validacion de hipotesis	97
	Conclusiones	107
	Recomendaciones	109
	Bibliografia	111
	Anexos	116
	Apendices	177

INDICE DE GRAFICAS

Grafica N° 1	Trastorno de ansiedad generalizada	29
Grafica N° 2	Trastorno de Ansiedad Generalizada por sexo	30
Grafica N° 3	Trastorno de Ansiedad Generalizada por sexo masculino del 2010 – 2015	31
Grafica N° 4	Trastorno de Ansiedad Generalizada por sexo femenino del 2010 – 2015	32
Grafica N° 5	Trastorno de Ansiedad Generalizada por rango de edad del 2010 – 2015	34
Grafica N° 6	Participantes por rango de edad	85
Grafica N° 7	Distribucion por pais de origen de la formanda	86
Grafica N° 8	Distribucion de la formanda de acuerdo al nivel educativo alcanzado	87
Grafica N° 9	Distribucion de la formanda de acuerdo al tiempo de formacion	88
Grafica N° 10	Valores Promedio para la ansiedad estado	98
Grafica N° 11	Comparacion del nivel de ansiedad estado pre y post prueba	100
Grafica N° 12	Media de ansiedad estado pre y post prueba con menos de un (1) año de formacion	101
Grafica N° 13	Comparacion del nivel de ansiedad estado pre y post prueba con mas de un (1) año de formacion	101
Grafica N° 14	Comparacion del nivel de Ansiedad Estado de las formandas procedentes de Colombia	103
Grafica N° 15	Comparacion del nivel de Ansiedad Estado de las formandas procedentes de Ecuador	104
Grafica N° 16	Comparacion del nivel de Ansiedad Estado de las formandas procedentes de Panama	105
Grafica N° 17	Comparacion del nivel de Ansiedad Estado de las formandas procedentes de Venezuela	106

INDICE DE CUADROS

Cuadro N° 1	Diagnostico diferencial del trastorno de Ansiedad Generalizada	24
Cuadro N° 2	Trastorno de Ansiedad Generalizada segun la edad en el año 2015	33
Cuadro N° 3	Valores de la pre y post prueba de cada formanda obtenidos con el Inventario de Autovaloracion IDARE	89
Cuadro N° 4	Valores promedio para la Ansiedad Estado de todas las formandas pre y post – prueba	97
Cuadro N° 5	Calculo t para la Ansiedad Estado	99

INDICE DE FIGURAS

Figura No 1	Resumen de la TREP	54
Figura No 2	Diseño de Investigacion	78
Figura No 3	Ejemplo de relacion entre acontecimiento pensamiento y conducta	161
Figura No 4	Modelo de reestructuracion cognitiva de Beck	163

RESUMEN

En este trabajo de investigacion se muestra la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual en la disminucion de los sintomas de ansiedad clinicamente significativos en las formandas que aspiran a consagrarse en diversos Institutos religiosos. En la aplicacion del tratamiento participaron diez aspirantes a la vida religiosa en etapa de formacion de diferentes comunidades, nacionalidades, edades y nivel de escolaridad, pero con un problema en comun: la ansiedad. El tratamiento consistio en 20 sesiones: 16 sesiones en las que aprendieron y practicaron tecnicas Cognitivo Conductuales y cuatro de seguimiento en las que se comprobo que efectivamente la ansiedad estaba en un nivel mas bajo. El diseño utilizado es cuasi experimental con Pre Prueba y Post Prueba. Para comprobar si el grado de ansiedad de las formandas era clinicamente significativo se les hizo la entrevista semi estructurada y se les aplico el Test IDARE (Inventario de ansiedad rasgo y estado). Los resultados obtenidos en la post prueba dejan ver claramente que el programa fue efectivo: los sintomas disminuyeron y los valores obtenidos en la pre prueba tambien.

ABSTRACT

In this research job it is shown the efficiency of the cognitive behavioral therapy for the decreasing of the clinically significant anxiety symptoms presented in some women who have been instructed due to their aspiration to be consecrate themselves in many religious institutes. In this treatment participated 10 women aspiring to live a religious life on formation stage from different communities, nationalities, ages, scholar levels; all of them showed a common disorder: anxiety. The treatment consisted on 20 sessions: 16 sessions in which they learned and practiced cognitive behavioral techniques and 4 follow up sessions in which it was proved that effectively the anxiety levels showed a lower rate. The research design was of quasi experimental type with pretest and posttest. In order to check if the anxiety level on the women was clinically significant, the semi structured interview was applied along with the IDARE test (STAI test in English: State Trait Anxiety Inventory). The results got from the posttest clearly stated that the chosen therapy was effective: the symptoms were reduced and the values gained from the pretest were lowered as well.

IINTRODUCCION

INTRODUCCION

Las personas a lo largo de su vida toman decisiones algunas mas importantes que otras el decidir que se quiere hacer forma parte de la existencia y es tan comun que pasan inadvertidas la gran cantidad de decisiones que diariamente se toman

Sin embargo hay decisiones que por su importancia requieren ser pensadas analizadas y reflexionada para no cometer errores que con el transcurrir del tiempo tengan consecuencia nefasta para la persona, la familia o sociedad en general

Entre esas decisiones estan la eleccion de una carrera para ejercer y del estado de vida para vivir Desde hace varios siglos muchos jovenes en todo el mundo han tenido la inquietud de optar por un estilo de vida de exigencias y compromisos diferentes a los experimentados por ellos no obstante deciden hacer caso omiso a ese sentir y continuar la vida con los patrones ya conocidos

En el caso de quienes optan por aceptar ese llamado y deciden dedicar su vida al servicio de Dios en la Iglesia formando parte de algun instituto de vida consagrada el cambio de ambiente entre otras cosas no los exime de la ansiedad producida por el nuevo estado que para muchos es una verdadera metamorfosis

Es una realidad que miembros de la Iglesia catolica asumieron una actitud poco favorable hacia la psicologia pero en la segunda mitad del siglo XX con el Concilio Vaticano II esta posicion empezo a cambiar aunque algunos muy conservadores aun mantienen sus reservas al respecto En la actualidad hay publicaciones literarias catolicas sobre la formacion de los sacerdotes y religiosos en los que se pide utilizar los adelantos de la psicologia

Ha sido esta apertura de la Iglesia catolica a la psicologia la que motivo a formadoras y superiores de algunos institutos de vida consagrada a buscar a una terapeuta que le brindara

tratamiento psicológico a las formandas aspirantes a la vida religiosa que presentan conductas inapropiadas en los casos de este estudio esa conducta era la ansiedad

Según la Revista Cubana de Medicina General en nuestra sociedad los trastornos de ansiedad constituyen la forma más prevalente de la enfermedad psiquiátrica añadiendo que quienes padecen estos trastornos en su mayoría no son identificados correctamente ni reciben el tratamiento adecuado (ISSN 1561 3038)

La Revista Digital Universitaria de la Universidad Autónoma de México en un artículo sobre ansiedad la define como aquel sentimiento desagradable de temor que se percibe como una señal de alerta que advierte de un peligro amenazante frecuentemente la amenaza es desconocida lo que la distingue del miedo donde la amenaza es concreta y definida (ISSN 1067 6079) y de la angustia que es más física más sobrecogedora e inmovilizante

Los casos a tratar en esta investigación son el de diez jóvenes mujeres que han ingresado a su respectiva comunidad religiosa pero después de algunas semanas o meses de haber iniciado el periodo de formación presentan síntomas de ansiedad

Ante la necesidad de ayudar a estas formandas que aspiran a consagrarse y de dar respuesta a los responsables de los institutos religiosos donde ellas residen sobre los mecanismos para reducir los síntomas de la ansiedad se toma la decisión de realizar este trabajo de investigación

El presente trabajo de investigación tiene por objetivo evaluar la efectividad del tratamiento psicoterapéutico Cognitivo Conductual en el Trastorno de Ansiedad Generalizada aplicado a diez mujeres en formación procedentes de diferentes institutos de vida religiosa en el país que presentan síntomas de ansiedad clínicamente significativos

El primer Capítulo presenta aspectos generales del concepto ansiedad y el efecto de sus síntomas en la vida de las personas Como estos síntomas de ansiedad cuando no son bien

definidos se logran confundir con otras enfermedades que prolongan la solución del problema. Además de los síntomas característicos se aborda el origen del término ansiedad, clasificación diagnóstica diferencial, causas, así como datos estadísticos del Trastorno de Ansiedad Generalizada en Panamá.

El capítulo II trata de la aplicación del modelo psicoterapéutico Cognitivo Conductual para el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada. Se presentan las bases teóricas del modelo, así como los diferentes tipos de técnicas que pueden servir para modificar los comportamientos y pensamientos que gestionan el problema psicológico que se quiere intervenir.

En el capítulo tres se abordan los aspectos relacionados con la metodología aplicada en la investigación: la justificación por la cual se realiza esta investigación, los objetivos generales y específicos que se buscan lograr, hipótesis de investigación en la cual se plantea la posibilidad de reducir los síntomas de ansiedad en las personas objeto de esta investigación: mujeres formandas aspirantes a la vida religiosa.

La entrevista de investigación es planteada como mixta o semiestructurada con un solo grupo al que se le aplica pre prueba y post prueba. Se presentan las definiciones de las variables conceptual y operacional. La operacional que muestra la propuesta de intervención en un tratamiento de 20 sesiones con seguimiento, en las cuales es indispensable el *rapport* del terapeuta para el logro del objetivo con las participantes, dado el tipo de población que usualmente no tiene mucha apertura a tratamiento del corte psicoterapéutico.

Se presenta además el análisis de los resultados del tratamiento aplicado a las mujeres aspirantes formándose para consagrarse como religiosas, tratamiento que permitió verificar la eficacia de la técnica utilizada para disminuir los síntomas presentes en las participantes.

Finalmente se presentan las conclusiones y recomendaciones como resultado de este trabajo de investigación con el apéndice y los anexos que fueron utilizados como apoyo en las terapias y dinámicas realizadas

CAPITULO I
MARCO TEORICO

1 Ansiedad

En la actualidad encontrar bibliografía sobre la ansiedad es relativamente fácil debido a que este tema es ampliamente tratado en la literatura psicológica por estar relacionada con las emociones y por los muchos estudios realizados que han permitido desarrollar técnicas que se han aplicado en diversas ramas de la psicología

Lo que conocemos de la ansiedad tiene su historia (Casado Morales 1994) en un principio la definición del término y la metodología para abordarla de forma operativa fueron los grandes problemas debido a que todas las escuelas psicológicas de una forma u otra se preocuparon por su estudio encontrando formulaciones desde líneas humanistas psicodinámicas existenciales conductistas psicométricas cognitivas además de ser abordado como reacción emocional experiencia interna estado de síntoma respuesta por esta razón no se establecía un límite claro entre los múltiples abordajes

La literatura científica también contribuyó ya que etiquetó como ansiedad casos de angustia estrés temor miedo amenaza frustración tensión

Fueron muchos los autores que se ocuparon de clarificar y hacer ver la diferencia entre una terminología y otra a pesar de ese esfuerzo aun en la actualidad se continúa utilizando el término ansiedad indistintamente para señalar lo que es y lo que se cree que es aunque no lo sea

En su trabajo investigativo Casado Morales (1994) escribe sobre el camino recorrido para llegar a buscar puntos comunes que definieron la ansiedad alguno de los cuales presentamos a continuación

La confusión terminológica del concepto ansiedad aparece desde su introducción en la psicología a finales del siglo diecinueve con la traducción al inglés del término alemán *Angst* (Merman 1987) Freud en 1926 utiliza el término *Angst* para describir un afecto negativo y

una activación fisiológica desagradable sin embargo este autor no define las características del término que será traducido al inglés en 1936 como *anxiety* (Miguel Tobal 1985)

Para dar una definición de Ansiedad debemos tener en cuenta que ha sido un constructo que ha ido evolucionando ajustándose a los sucesivos cambios teóricos y a las aportaciones de líneas más aplicadas y experimentales

Tras la primera aparición del término ansiedad van a transcurrir más de cinco décadas de teorización e investigación de este trastorno como un constructo unitario que se revela ineficaz e inapropiado hacia los años setenta (Borkovec Weerts y Bernstein 1977)

Surge entonces un acercamiento de posturas enfrentadas que aceptaran puntos comunes Así la ansiedad desde el punto de vista de respuesta emocional va a concebirse no como un patrón de respuesta unitario sino como un triple sistema en el que interactúan las respuestas cognitivas fisiológicas y motoras respuestas que a su vez muestran una escasa correlación entre ellas

Es así como el término ansiedad empieza a tomar forma y podemos hablar de diversos enunciados hasta concluir con la definición dada por la APA Citando diversos autores Casado Morales (1994) nos presenta

Tradicionalmente el término ansiedad ha sido definido como una emoción compleja difusa y desagradable que se expresa por un sentimiento de tensión emocional y va acompañada de un importante cortejo somático (Bulbena 1985 Ayuso 1988)

Según Vila (1984) la ansiedad es una emoción normal cuya función es activadora y por lo tanto facilita la capacidad de respuesta del individuo pero cuando esta es excesiva en intensidad frecuencia o duración o aparece asociada a estímulos que no representan una amenaza real para el organismo produciendo alteraciones en el funcionamiento emocional

y funcional del individuo se considera una manifestación patológica Miguel Tobal (1990) La ansiedad es una respuesta emocional o patrón de respuestas que engloba aspectos cognitivos displacenteros de tensión y aprensión aspectos fisiológicos motores que caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y aspectos motores suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos

Definición del diccionario de la Real academia española de la lengua

- Estado de agitación inquietud o zozobra del ánimo
- f Med Angustia que suele acompañar a muchas enfermedades en particular ciertas neurosis y que no permite sosiego a los enfermos (Diccionario de la lengua española 2014)

Definición de la APA

Ansiedad (*anxiety*) es emoción que se caracteriza por la aprensión y síntomas somáticos de tensión en que un individuo anticipa un peligro catastrófico o desgracia inminente El cuerpo a menudo se moviliza para enfrentar la amenaza percibida los músculos se tensan la respiración se acelera y el corazón late con mayor rapidez (APA 2010)

Con la definición del término ansiedad ya se puede esclarecer la diferencia entre este vocablo y otros como veremos a continuación

La ansiedad con frecuencia se le ha visto muy cerca del miedo y como tal se le ha definido considerándosele como un subtipo de este Por tradición al miedo se le considera como un sentimiento que se produce cuando hay un peligro real e inminente relacionado con el estímulo que lo produce la ansiedad por el contrario se anticipa al peligro que aun

no es real se adelanta a algo que no esta definido (Casado Morales 1994)

Por esta cercania al miedo se le puede definir como la ansiedad ante un estimulo real determinado especifico mientras que a la ansiedad se le puede citar como un miedo sin razon sin objeto aunque la ansiedad en algunos casos esta asociada a estímulos concretos como es el caso de las fobias

A lo largo del tiempo tambien se ha creado confusion en la utilizacion de los terminos ansiedad y angustia Estos han sido utilizados indistintamente en muchos casos como sinonimos y en otros como conceptos diferentes sin tener en cuenta que hay diferencias significativas entre uno y otro

La angustia tiene como factores predominantes sintomas fisicos en los que el organismo reacciona paralizandose o se sobrecoge y la captacion nitida del fenomeno se encuentra atenuado En la ansiedad la sensacion de catastrofe de peligro inminente y los sintomas psicicos son predominante y el fenomeno se percibe con mayor nitidez

Por ser la ansiedad uno de los trastornos psicologicos que mas es tratado cada año la economia mundial se ve afectada en US\$1 billon por causa de los trastornos de depresion y ansiedad de la poblacion

Por cada US\$ 1 00 que se invierte en la ampliacion del tratamiento de la depresion y la ansiedad son US\$ 4 00 que se reflejan en la mejoría de la salud y la capacidad de trabajo La OMS dirigió un nuevo estudio en el que por primera vez se ha estimado los beneficios tanto sanitarios como economicos de invertir en el tratamiento de las enfermedades mentales mas frecuentes en el mundo (OMS 2016)

Todos los individuos estamos expuestos a vivir con algun nivel de ansiedad sea por temas de la sociedad de familia de trabajo o simplemente por decisiones personales que se deben tomar o que han dejado de tomarse

Vivir hoy con ansiedad parece un estilo de vida normal escuchar a la poblacion de Panama hablar de no poder dormir por el tranque estar muerto de cansancio por madrugar tener estres por el tranque estar nervioso por el alto costo de la canasta basica la inseguridad la falta de medicamentos o escuchar a las madres que tienen miedo de enviar a sus hijos al colegio por el temor a que les pase algo o se los secuestren son temas cotidianos

La ansiedad es necesaria en nuestra vida para poder afrontar situaciones peligrosas o dificiles tales como una entrevista de trabajo lugares solitarios eventos en los que la vida de la persona este en peligro la enfermedad de un ser amado entre otros

Al enfrentar estas situaciones el cuerpo reacciona de forma inmediata para dar una respuesta o solucion al evento que se vive Una vez que se ha dado respuesta a las causas que motivaban la ansiedad por alguno de los temas antes expuestos los sintomas asociados a esta desaparecen y vuelve la tranquila a la persona

Cuando estos sintomas son persistentes es necesario evaluar la posibilidad de un trastorno de ansiedad ya que estos pueden tener como resultado manifestaciones disfuncionales a nivel cognitivo conductual psicologico que en algunos casos incapacitan a la persona para su normal desempeño en la sociedad

Entre 1990 y 2013 el numero de personas con depresion o ansiedad ha aumentado en cerca de un 50% de 416 millones a 615 millones La OMS estima que durante las emergencias 1 de cada 5 personas se ve afectada por la depresion y la ansiedad (OMS 2016)

Los sintomas de la ansiedad pueden ser leves o intensos dependiendo de la persona y la situacion que este viviendo Son comunes algunas frases como

- me hierve la sangre
- me quede como helada
- tengo mariposas

- me tiemblan las piernas
- se me sale el corazon son expresiones que hacen referencia el estado emocional de la persona por la situacion que esta viviendo

Algunas de las sensaciones, que se perciben en el cuerpo y que reflejan un estado de ansiedad a nivel somatico y fisiologico son entre otras

- Taquicardia
- Palpitaciones
- Palidez
- Cambio de temperatura corporal exceso de calor o frio
- Nauseas
- Piel de gallina
- Temblor de manos y/o piernas
- Hormigueo
- Mareo
- Sudoracion
- Resequedad de boca
- Corazon latiendo mas rapido
- Mejillas rojas
- Voz temblorosa

Cuando algunos de estas sensaciones persisten a traves del tiempo o se presentan de forma repentina y aguda sin que medie estimulo alguno que la preceda es cuando se hace necesario hacer la diferencia entre la ansiedad adaptativa y la ansiedad patologica

Siendo la ansiedad uno de los mecanismos adaptativos naturales que posee la persona y que le permite ponerse en alerta cuando se encuentra ante sucesos en los que se siente comprometido es propio que cierto grado de ansiedad sea necesario para evitar ser temerarios en situaciones de peligro aunque mantiene en alerta a quien la siente Hay

casos en el que el sistema de respuesta a la ansiedad funciona de forma incorrecta es decir desproporcionada con relacion a la situacion que se vive (Cuidate Plus 2015)

La ansiedad es adaptativa cuando responde a situaciones de las cuales no hay certeza de los resultados en el diario vivir

() cierto grado de ansiedad no solo es normal sino adaptativo y quizas vital para nuestro bienestar y desempeño normal el temor normal se encuentra detras de la cautela saludable que tenemos para evitar el endeudamiento excesivo a los criminales violentos y la hiedra venenosa (Morrison 2014)

La ansiedad se convierte en patologica cuando los estímulos o sensaciones se producen ante situaciones inexistentes o cuando la intensidad y la duracion del estímulo sobrepasan los límites adaptativos

2 Trastorno de ansiedad

La ansiedad al igual que otros trastornos psicologicos puede ser parte de la composicion genetica bioquimica y parte de la personalidad Los sucesos que pueden provocarla son muchos y variados tales como el entorno situaciones estresantes laborales sociales economicas problemas familiares o algun evento traumatizante

Los trastornos de ansiedad son los que comparten características de miedo y ansiedad excesivos así como alteraciones conductuales asociadas (American Psychiatric Association 2014)

Algunas de las causas de los trastornos de ansiedad pueden ser a largo plazo corto plazo o por causas conservativas (Bourne 2015)

A largo plazo

- Genetica

Bados Lopez 2005 citando a algunos autores expresa que no hay una carga genética para el TAG como tal –o como mucho esta no era muy grande (vease Hettema Neale y Kendler 2001) – es posible que haya una hipersensibilidad neurobiológica al estrés genéticamente determinada. Esta vulnerabilidad biológica puede interactuar con una vulnerabilidad psicológica (sensación de que los eventos amenazantes son impredecibles y/o incontrolables basada en experiencias evolutivas tempranas) de modo que ante la ocurrencia de eventos estresantes o problemáticos la persona puede responder con preocupación y ansiedad. Esta respuesta estará moderada.

Casi diez años después Bourne expone una opinión diferente manifestando que recientes en el campo de la genética de la conducta han empezado a apuntar a genes específicos asociados con los trastornos de ansiedad. Como ejemplo el cromosoma decimoseptimo de los veintitres que todos tenemos contiene un gen que se conoce como SERT. Este es el gen de la proteína transportadora de la serotonina y que está activo en la fabricación de la serotonina. En las personas cuyo gen tiene forma corta la predisposición a contraer trastorno de ansiedad es mayor mientras que en aquellas cuyo gen tiene forma larga cuentan con cierto grado de protección ante la posibilidad de sufrir problemas de ansiedad a pesar del estrés que experimenten en las diversas etapas de su vida.

- Puede heredarse a través de los genes. Sin embargo una persona que por naturaleza no es ansiosa puede experimentar este sentimiento de temor ante una situación de tensión según manifiesta la Sociedad Española de Psiquiatría (SEP).
- Circunstancias de la infancia (Bourne 2015)
Padres que transmiten a sus hijos una visión demasiado cautelosa del mundo les enseñan que el mundo exterior es amenazador por lo que se evita la exploración se evade toda situación de riesgo se da la preocupación excesiva por la seguridad.
Padres excesivamente críticos que exigen hijos casi perfectos los crían inseguros y con la duda de saber si son lo suficientemente buenos en lo que hacen. En la adultez las ganas de agradar a otros

los puede hacer reprimir sus sentimientos y ser dependientes de alguien o de un lugar donde se sienta seguro

Inseguridad emocional y dependencia hasta los cuatro o cinco años cualquier circunstancia que le cree inseguridad a los niños puede conducirlos a una dependencia y aferramiento excesivos. Hasta esa edad los niños son dependientes casi en su totalidad de sus cuidadores. Las críticas en exceso y las normas de perfección pudieran ser fuente habitual de ansiedad futura.

Padres que reprimen los sentimientos y la autoafirmación de sus hijos a los niños que continuamente se les reprende o castiga por hablar, actuar impulsivamente o enojarse se les puede ahogar la capacidad innata de expresar sus sentimientos y autoafirmarse.

- Bioquímica. Al darse una variabilidad de las sustancias químicas en el cerebro que regulan los sentimientos y las reacciones físicas se pueden alterar los pensamientos, emociones o conducta.
- El estrés acumulado a lo largo del tiempo o circunstancial. Un evento o una serie de hechos traumáticos tales como un accidente, incendio, robo, atentado, divorcio, abuso, acoso escolar, abuso sexual, una muerte, ruptura de una relación, enfermedad, abandono, pérdidas, decepciones o algún conflicto familiar.
- Personalidad. Ciertos tipos de personalidad son más propensas a sufrir trastorno de ansiedad que otras.

Causas desencadenantes a corto plazo (Bourne 2015)

- Factores estresantes que desencadenan los ataques de pánico

Una pérdida personal significativa

Un cambio vital significativo

Estimulantes y drogas recreativas

- Los condicionamientos y el origen de las fobias
- Traumas fobias simples y trastornos de estrés postraumático
Consumo de drogas Los estupefacientes como las anfetaminas el éxtasis o el LSD pueden causar ansiedad Para algunas personas también la cafeína puede producirla (Cuidate Plus 2015)
- Experiencias vitales significativas que sin ser traumáticas pueden producir ansiedad algunos cambios en la actualidad como alteraciones en el ámbito laboral (un despido una promoción) un cambio inesperado pueden producir ansiedad

Causas conservativas

- Evitación de situaciones fóbicas
- Diálogo interno marcado por la ansiedad
- Creencias erróneas
- Sentimientos retenidos
- Falta de asertividad
- Falta de habilidades para la autosuficiencia
- Tensión muscular
- Estimulantes y otros factores dietéticos
- Estilo de vida muy estresante
- Falta de sentido u objetivo en la vida

2 1 Clasificación de los trastornos de ansiedad

Los trastornos de ansiedad se diferencian entre sí según el tipo de objetos o situaciones que inducen el miedo, la ansiedad o las conductas evitativas, y según la cognición asociada (American Psychiatric Association, 2014).

2 1 1 Trastorno de ansiedad por separación

El paciente desarrolla miedo o ansiedad excesiva e inapropiada cuando se separa del progenitor o de alguna otra figura a la que se siente apegado. Puede la persona manifestar de modo recurrente retraimiento social, apatía, tristeza o dificultad para concentrarse en el trabajo o juego. Este trastorno en los niños se puede manifestar como una negación para ir a la escuela. Ese miedo tiene una duración de al menos cuatro semanas en niños, en adolescentes menores de 18 años y en los adultos seis meses o más.

2 1 2 Trastorno de mutismo selectivo

Los niños con este trastorno no hablan cuando tienen que interactuar socialmente con otros, excepto cuando está solo o con ciertas personas cercanas. Estos niños se niegan a participar en actividades escolares donde tengan que hablar, por lo que académicamente puede verse afectado y al educador se le dificulta poder evaluarlo oralmente. Los niños con este trastorno, en ocasiones, usan la comunicación no verbal para darse a entender, están dispuestos a participar en diversas actividades donde no sea necesario hablar. Esta alteración debe durar mínimo un mes.

2.1.3 Trastorno de fobia específica

En esta condición los pacientes tienen un miedo intenso a objetos o situaciones específicas a los que se les puede llamar estímulos fóbicos. En estos pacientes el miedo y la ansiedad son desproporcionados en relación con el peligro real, el objeto o la situación que conlleva. El nivel del miedo puede variar según se aproxima a lo que teme y puede provocarle crisis. Las personas con fobia específica situacional al entorno natural o animales, son más propensas a que se le active el sistema nervioso simpático. Algunos ejemplos de fobia específica que activan el sistema son a animales, tormentas, alturas, sangre, aviones, sitios cerrados o cualquier situación que pudiera causar vómito, asfixia o desarrollo de alguna enfermedad. Su duración es de seis meses o más.

2.1.4 Trastorno de ansiedad social

Estos individuos tienen un miedo marcado e intenso a las situaciones sociales en las que pueda ser analizado por otros, porque temen ser evaluado negativamente. Su miedo es parecer ansioso, débil, loco, aburrido, desagradable, sucio y se imaginan avergonzados cuando hablan o comen en público. Temen actuar o mostrarse de manera determinada por la tendencia a sobrestimar las consecuencias negativas. Por eso es el psicólogo clínico quien debe decidir si la actitud es desproporcionada o no. En los adolescentes el miedo y la evitación son patrones que incluyen las citas amorosas. La persona debe presentar los síntomas al menos seis meses.

2 1 5 Trastorno de panico

Son ataques de panico inesperado y recurrente. Estos pacientes experimentan una oleada repentina de miedo intenso o malestar intenso que alcanza su grado máximo en pocos minutos. Este ataque no tiene una señal anticipatoria o un suceso desencadenante en el instante en que aparece y puede darse más de una crisis. Estos ataques según la persona varían ampliamente en frecuencia y gravedad: en algunos puede darse diariamente, en otros semanales, mensuales o pueden pasar varios meses sin que aparezca. Para diagnosticar este trastorno la persona debe haber sufrido más de una crisis inesperada con síntomas completos. Estas personas viven con miedo a que le repita otras crisis, por lo que tienen cambios conductuales.

2 1 6 Trastorno de agorafobia

Los pacientes con esta afección tienen un temor irracional a estar en lugares abiertos, desconocidos o donde haya mucha gente y que ellos consideren que les sería difícil escapar. En su manifestación más grave, la agorafobia puede hacer que la persona se confíe totalmente en la casa y que dependa de los demás para que le realicen todas las actividades que sean necesarias fuera de ella. La aparición media para que aparezcan los síntomas en la población en general es a los 17 años, aunque la edad de inicio de agorafobia sin ataque o trastorno de pánico precedentes es de 25-29 años. Este trastorno tiene un curso persistente y crónico.

2.1.7 Trastorno de ansiedad generalizada

Si bien estas personas no experimentan episodios de pánico agudo se sienten tensas o ansiosas gran parte del tiempo y se preocupan por muchas cuestiones distintas. Esta preocupación excesiva le consume gran parte de su tiempo y energía. La edad media en la que inician los síntomas es de 30 años, aunque los síntomas de preocupación y ansiedad excesiva pueden aparecer en edades tempranas manifestándose como temperamento ansioso. Los síntomas tienden a ser crónicos. El inicio de este trastorno rara vez ocurre antes de la adolescencia.

2.1.8 Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica

Se presentan ataques de pánico y síntomas de ansiedad clínicamente significativas debido a una enfermedad orgánica. La prevalencia no está clara. Para que se confirme este trastorno se deben hacer exámenes médicos y pruebas de laboratorio. Entre las afecciones orgánicas conocidas por presentar síntomas físicos de ansiedad se pueden mencionar como ejemplo las enfermedades endocrinas, los trastornos cardiovasculares, las enfermedades respiratorias, los trastornos metabólicos y las enfermedades metabólicas. Su prevalencia no está clara, pero parece darse más en las personas con afecciones médicas como asma, hipertensión, úlceras y artritis.

2.1.9 Trastorno de ansiedad inducido por sustancia /medicamento

Este trastorno se caracteriza por la presencia de síntomas prominentes de pánico o ansiedad que pueden aparecer asociados a la intoxicación y retirada de sustancias como alcohol, cafeína.

cannabis fenciclidina alucinogenos inhalantes estimulantes (incluida la cocaína) y otras sustancias El pánico y la ansiedad pueden aparecer asociado a la retirada de los medicamentos o drogas La prevalencia de este trastorno no está clara

2.1.10 Otro trastorno de ansiedad especificado o no especificado

Los individuos a los que se les diagnostica este trastorno presentan síntomas característicos de un trastorno de ansiedad con malestares clínicamente significativos o deterioro en lo social laboral o alguna otra área de importante de funcionamiento pero no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos clasificados como de ansiedad

3 Trastorno de Ansiedad Generalizada

3.1 Descripción general

La característica principal del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) es que el individuo está con una preocupación constante así como una ansiedad excesiva frente a situaciones del diario vivir como por ejemplo la política el trabajo la escuela los amigos la familia y el no poder controlar los constantes pensamientos irracionales que se le presentan

La intensidad la duración o la frecuencia de la ansiedad y la preocupación es desproporcionada a la probabilidad o al impacto real del suceso anticipado Al individuo le resulta difícil controlar la preocupación y el mantenimiento de los pensamientos relacionados con la misma e interfiere con la atención a las tareas inmediatas (American Psychiatric Association 2014)

3.2 Criterios diagnosticos de ansiedad generalizada (American Psychiatric Association, 2014)

A Ansiedad y preocupacion excesiva (anticipacion aprensiva) que se produce durante mas dias de los que ha estado ausente durante un minimo de 6 meses en relacion con diversos sucesos o actividades (como en la actividad escolar o laboral)

B Al individuo le es dificil controlar la preocupacion

C La ansiedad y la preocupacion se asocian a tres (o mas) de los seis sintomas siguientes y al menos algunos sintoma han estado presente durante mas dias de los que han estado ausentes durante los ultimos seis meses

- 1 Inquietud o sensacion de estar atrapado o con los nervios de punta
- 2 Facilidad para fatigarse
- 3 Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco
- 4 Irritabilidad
- 5 Tension muscular
- 6 Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo o sueño inquieto o insatisfactorio)

D La ansiedad la preocupacion o los sintomas fisicos causan malestar clinicamente significativo o deterioro en lo social laboral u otras areas importantes del funcionamiento

E La alteracion no se puede atribuir a los efectos fisiologicos de una sustancia (p ej una droga un medicamento) ni a otra afeccion medica (p ej hipertiroidismo)

F La alteracion no se explica mejor por otro trastorno mental p ej ansiedad o preocupacion de tener ataque de panico en el trastorno de panico valoracion negativa en el trastorno de ansiedad social (fobia social) contaminacion y otras obsesiones en el trastorno obsesivo compulsivo separacion de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separacion recuerdo de sucesos traumaticos en el trastorno de estres

postraumatico aumento de peso en la anorexia nerviosa dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante

3.3 Características diagnósticas

La característica esencial del TAG es una ansiedad y una preocupación excesiva (anticipación aprensiva) acerca de una serie de acontecimientos o actividades

La persona con el TAG se siente constantemente amenazada y no encuentra solución posible a sus problemas lo que afecta el funcionamiento social laboral académico y familiar El síntoma principal del TAG es la presencia frecuente de preocupación o tensión durante al menos 6 meses sin que exista o medie alguna causa que motive dicha preocupación (APA 2014 222)

Las preocupaciones sin motivo o causa pueden pasar de un evento a otro de un problema a otro Las situaciones que se presentan pueden estar relacionadas con temas laborales familiares relaciones sociales motivos económicos de salud entre otros

Por lo general los síntomas que motivan la consulta son somáticos y se vinculan con la presencia de dolor fatiga depresión y disturbios del sueño entre otros cuadros

La ansiedad y la preocupación se acompañan de al menos tres de los siguientes síntomas adicionales inquietud o sensación de excitación o nerviosismo facilidad para fatigarse dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco irritabilidad tensión muscular y trastorno del sueño a pesar de que en los niños solo se requiere un síntoma adicional

3 4 Prevalencia

Las mujeres tienen el doble y mas probabilidades que los varones de experimentar un trastorno de ansiedad generalizada. La mayor prevalencia del diagnostico se da en la edad media de la vida con disminucion en las edades mas avanzadas. Las personas de ascendencia europeas tienden a experimentar el trastorno de ansiedad generalizada mas frecuentemente que los individuos de ascendencia no europea y quienes viven en paises desarrollados tienen mas probabilidades de experimentar los sintomas de ansiedad generalizada que quienes proceden de paises no desarrollados.

3 5 Diagnostico diferencial

Para tener la certeza de que el paciente segun los sintomas que presenta se encuadra dentro del perfil propio del trastorno de ansiedad generalizada se hace el diagnostico diferencial (First B 2015)

Cuadro N° 1

Diagnostico diferencial

Tipo de trastorno	Si la ansiedad
Trastorno de ansiedad debido a otra afeccion medica	Requiere la presencia de una afeccion medica etiologica (por ej hipotiroidismo). No se diagnostica trastorno de ansiedad generalizada si la ansiedad generalizada se debe a los efectos fisiologicos directos de una afeccion medica general.
Trastorno de ansiedad inducido por sustancias / medicamentos	Se debe a los efectos fisiologicos directos de una sustancia o medicamento y puede comenzar durante la intoxicacion por una sustancia de abuso o la abstinencia de esta o aparecer como efecto secundario de un medicamento. No se diagnostica trastorno de ansiedad generalizada si la ansiedad generalizada se debe a los efectos fisiologicos directos de una

	sustancia sobre el sistema nervioso central como durante la intoxicación por cocaína o la abstinencia de opiáceos
Trastorno de pánico	Se caracteriza por ansiedad y preocupación acerca de presentar otros ataques de pánico. Debe realizarse un diagnóstico adicional de trastorno de ansiedad generalizada solo si hay ansiedad y preocupación adicional no relacionadas con los ataques de pánico.
Trastorno de ansiedad social (fobia social)	Se caracteriza por la ansiedad y preocupación excesiva centrada exclusivamente en situaciones sociales. Debe realizarse un diagnóstico adicional de trastorno de ansiedad generalizada solo si hay ansiedad y preocupación centrada en situaciones no sociales (p.ej. rendimiento laboral o escolar).
Trastorno obsesivo compulsivo	Por lo general se caracteriza por pensamientos repetitivos que provocan ansiedad que son percibidos como intrusivos no deseados inapropiados y egodistónicos y que suelen acompañarse de compulsiones que sirven para reducir la ansiedad. En cambio, las preocupaciones del trastorno de ansiedad generalizada suelen surgir de la vida cotidiana como posibles responsabilidades laborales, la salud de miembros de la familia, economía o cuestiones menores como tareas domésticas o llegar tarde a citas.
Trastorno de síntomas somáticos o trastorno de ansiedad por enfermedad	Puede caracterizarse por ansiedad y preocupación excesiva centradas exclusivamente en la salud, enfermarse o la gravedad de síntomas somáticos (p.ej. preocupación acerca de que una cefalea sea indicativa de un tumor cerebral). Debe realizarse un diagnóstico adicional de trastorno de ansiedad generalizada solo si hay ansiedad o preocupación centradas en situaciones no relacionadas con la salud.

3 Trastorno de ansiedad por separación	Se caracteriza por ansiedad y preocupación excesiva centradas exclusivamente en la inquietud acerca de la separación de figuras de apego importantes. Debe realizarse un diagnóstico adicional de trastorno de ansiedad generalizada solo si hay ansiedad o preocupación centradas en situaciones que no están relacionadas con la inquietud de la separación.
Trastorno de estrés postraumático o de estrés agudo	Se caracteriza por la ansiedad que aparece en relación con la exposición a indicios internos o externos que simbolizan o se asemejan a un aspecto del suceso traumático o como parte del estado de hiperalerta y reactividad asociados con haber estado expuesto a un evento traumático. Debe realizarse un diagnóstico adicional de trastorno de ansiedad generalizada solo si hay ansiedad y preocupación centradas en situaciones no relacionadas con el suceso traumático.
Anorexia nerviosa o bulimia nerviosa	Puede caracterizarse por preocupación o ansiedad asociadas con el temor a engordar. Debe realizarse un diagnóstico adicional de trastorno de ansiedad generalizada solo si hay ansiedad y preocupación no relacionadas con cuestiones relativas al peso.
Trastorno de adaptación con ansiedad	Se caracteriza por síntomas de ansiedad clínicamente significativos que no cumplen con los criterios de ningún trastorno de ansiedad específicos (incluido el trastorno de ansiedad generalizada) y que aparecen en respuesta a un factor de estrés.
Trastornos bipolares, trastornos depresivos y espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	Suelen caracterizarse por ansiedad que aparece como una manifestación asociada pero incluyen otros síntomas específicos del trastorno del estado de ánimo o psicótico particular. No debe diagnosticarse trastorno de ansiedad generalizada de forma independiente si este solo ha aparecido durante el curso

	de un trastorno bipolar depresivo o psicótico
Ansiedad no patológica	Se caracteriza por preocupaciones que son mas controlables o no son lo suficientemente graves como para causar angustia o deterioro clinicamente significativo
Trastorno de sintomas somaticos o trastorno de ansiedad por enfermedad	Suele caracterizarse por ansiedad y preocupacion excesiva centrada exclusivamente en la salud enfermar o en la gravedad de los sintomas somaticos (p ej preocupacion acerca de que una cefalea sea indicativo de un tumor cerebral) Debe realizarse un diagnostico adicional de trastorno de ansiedad generalizada solo si hay ansiedad o preocupacion centradas en situaciones no relacionadas con la salud

3.6 Factores de riesgo y pronostico

- **Temperamentales** La inhibicion de la conducta la afectividad negativa (neuroticismo) y la evitacion del daño se han asociado con el trastorno de ansiedad generalizada
- **Ambientales** Aunque las adversidades de la infancia y la sobreproteccion de los padres se han asociado al trastorno de ansiedad generalizada no se han identificado factores ambientales mas especificos necesarios o suficientes para el diagnostico del trastorno de ansiedad generalizada

Geneticos y fisiologicos Un tercio del riesgo de sufrir trastorno de ansiedad generalizada es genetico y estos factores geneticos se superponen con el riesgo de neuroticismo y son compartidos por otros

trastornos de ansiedad y del estado de animo sobre todo con el trastorno depresivo mayor

3 7 Consecuencias funcionales del Trastorno de Ansiedad generalizada

La preocupacion excesiva perjudica a la capacidad del individuo para hacer las cosas de manera rapida y eficiente ya sea en casa o en el trabajo La preocupacion consume tiempo y energia y los sintomas asociados como la tension muscular y la sensacion de excitacion o de nerviosismo el cansancio la dificultad para concentrarse y los trastornos del sueño contribuyen al deterioro Es importante destacar que la preocupacion excesiva puede afectar a la capacidad que tienen las personas con trastorno de ansiedad generalizada de fomentar la confianza en su entorno

El trastorno de ansiedad generalizada se asocia con una discapacidad significativa y una angustia que son independientes de los trastornos comorbidos y la mayoría de los adultos no institucionalizados por este trastorno tiene una discapacidad entre moderada y grave El trastorno tiene una discapacidad entre moderada y grave

3 8 Datos estadisticos del Trastorno de Ansiedad Generalizada en Panama

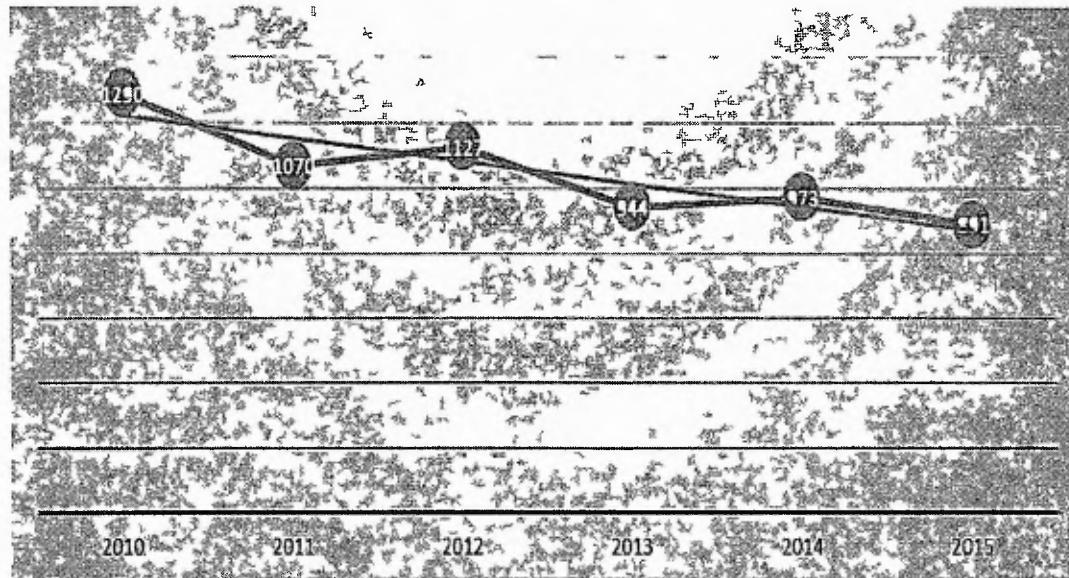
De acuerdo al datos proporcionados en MINSA (Ministerio de Salud de Panama 2016) los principales problemas de salud mental que enfrenta la poblacion panameña son trastornos de ansiedad depresion afectivos psicosis el consumo de sustancias

En la grafica N°1 que registra datos estadisticos del año 2010 al 2015 se puede observar el comportamiento de las personas afectadas por el Trastorno de Ansiedad Generalizada segun informes proporcionados por (Ministerio de Salud de Panama 2015) El comportamiento reflejado en la grafica señala que hay un decrecimiento en los casos de personas afectadas por el TAG El porcentaje de reduccion del 2010 al 2015 es de 44% de acuerdo a los datos calculados El informe del (Ministerio de Salud de Panama 2016) hace referencia a los programas que ofrece el gobierno en aras de dar respuesta a la poblacion y

lograr reducir los indices de afectacion de los trastornos de salud mental entre ellos el TAG

Grafica N° 1

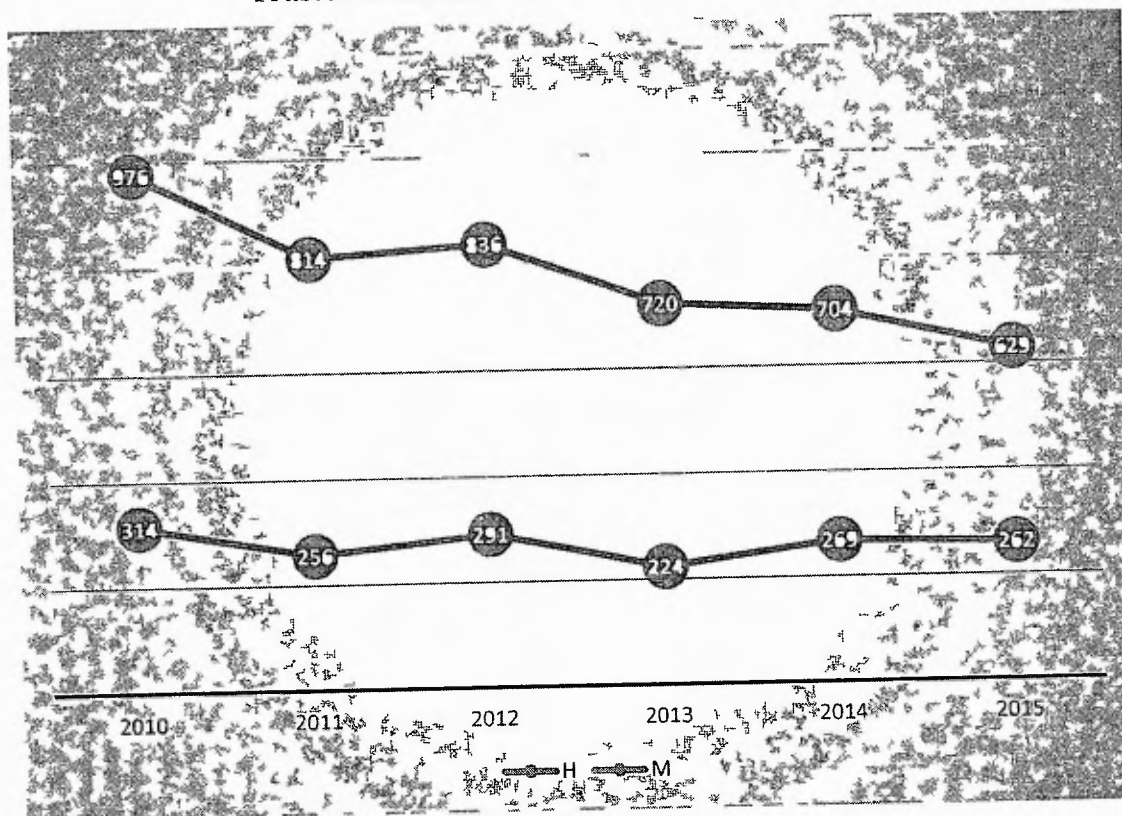
Trastorno de Ansiedad Generalizada 2010 2015



Fuente (Ministerio de Salud de Panama 2015)

Los datos estadísticos (Ministerio de Salud de Panama 2015) que presentamos en el cuadro número dos dejan evidencias de que el Trastorno de Ansiedad Generalizada es más frecuente en las edades comprendidas entre 35 y 49 años. Queda manifestada una diferencia considerable entre las mujeres y los hombres al ser tratadas durante el 2015: 122 mujeres más que los hombres.

Grafica N° 2
Trastorno de Ansiedad Generalizada por Sexo

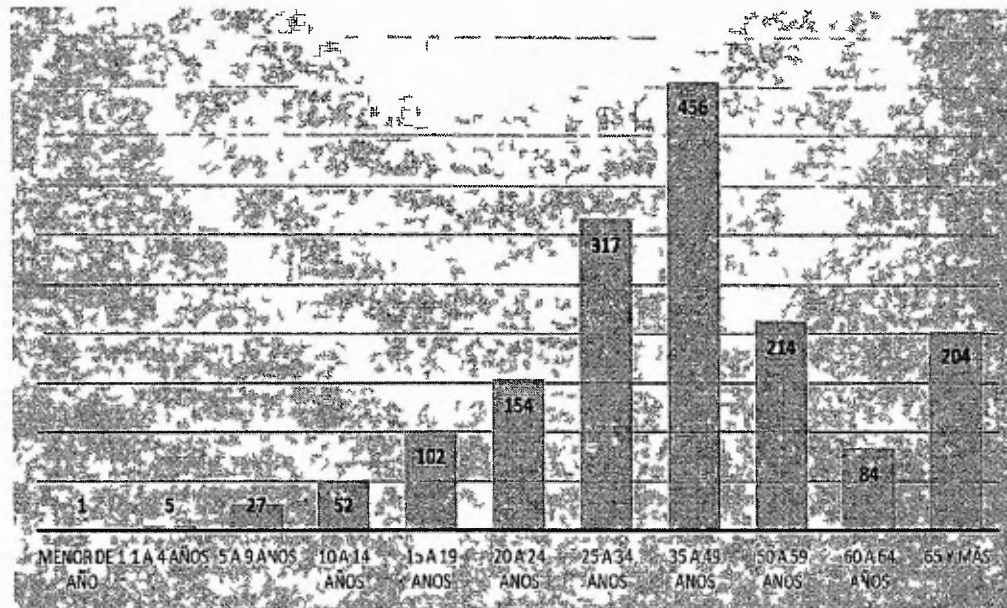


Fuente (Ministerio de Salud de Panama 2015)

Cabe destacar que segun los datos estadisticos proporcionados por (Ministerio de Salud de Panama 2015) el sexo femenino es mas propenso a ser tratado por trastorno de ansiedad que el sexo masculino En la grafica N°2 se puede observar claramente el comportamiento a traves de los años desde 2010 hasta 2015 tanto de mujeres como de hombres afectados por el TAG

Para el caso del sexo femenino la reduccion de las mismas afectadas por el trastorno descendio en un 55% mientras que el porcentaje de reduccion de los hombres fue de un 19%

Grafica N° 3
Trastorno de Ansiedad Generalizada
por sexo masculino 2010 2015

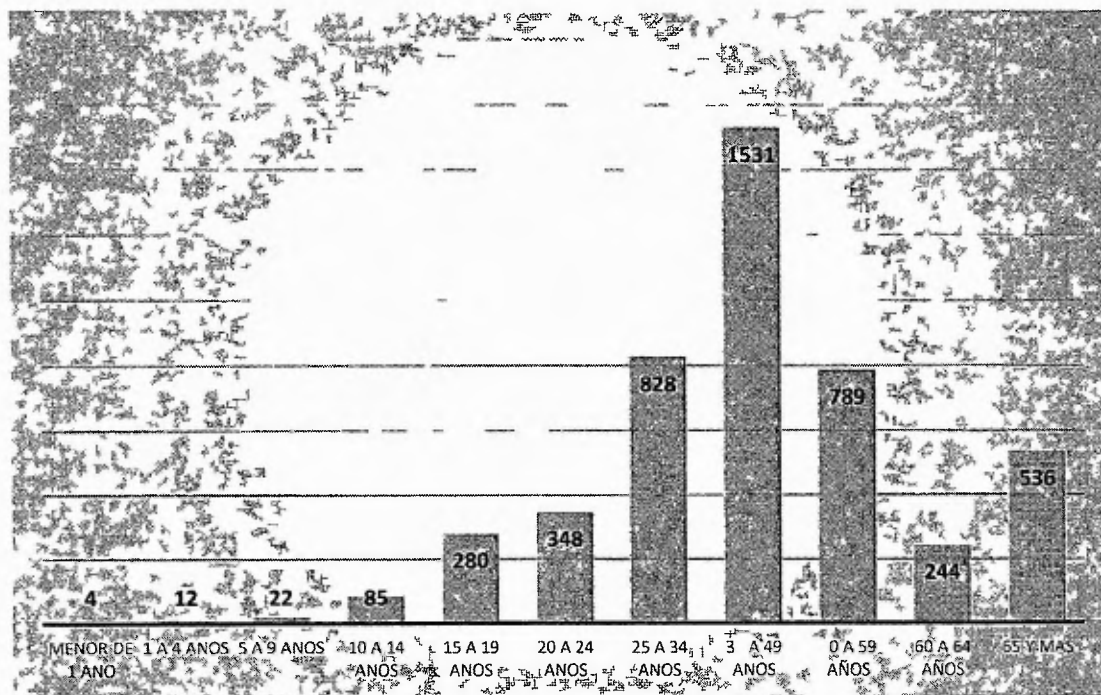


Fuente (Ministerio de Salud de Panama 2015)

En la grafica N°3 se presenta el comportamiento de los diferentes grupos etarios de la poblacion masculina

Resulta interesante observar el comportamiento del TAG en el rango de edad mayor de los 60 años Tanto para los hombres como para las mujeres el porcentaje de afectacion esta en 17 y 18% (Observar graficas N°3 y N° 4)

Grafica N° 4
Trastorno de Ansiedad Generalizada por sexo femenino
2010 2015



Fuente (Ministerio de Salud de Panama 2015)

A diferencia de las otras graficas en las que son las mujeres las mas afectadas por el TAG en la grafica 4 es destacable que entre las edades de 5 a 14 años son los niños mas propensos a padecer de ansiedad generalizada que las niñas aunque la diferencia no sea mucha debido a los pocos pacientes atendidos (Observar Cuadro N°2)

Cuadro N° 2

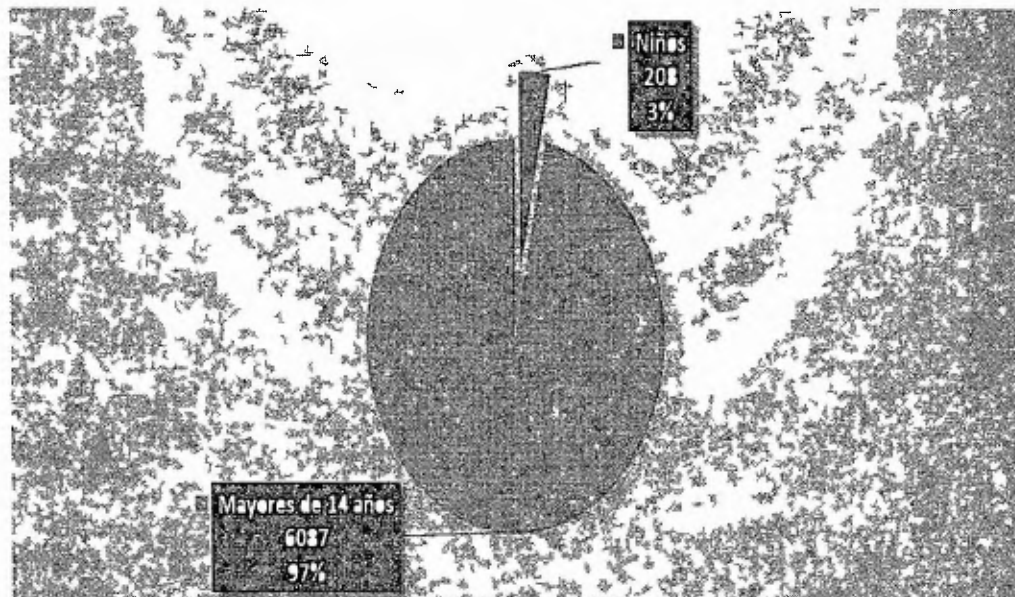
Trastorno de Ansiedad Generalizada segun la edad en el año 2015

Edad	Hombre	Mujer	Total
Menor de 1 año	0	0	0
1 a 4 años	0	1	1
5 a 9 años	5	4	9
10 a 14 años	7	10	17
15 a 19 años	23	33	56
20 a 24 años	18	40	58
25 a 34 años	51	109	160
35 a 49 años	74	201	275
50 a 59 años	32	122	154
60 a 64 años	9	40	49
65 y mas	43	69	112
	262	629	891

Fuente (Ministerio de Salud de Panama 2015)

Aunque de manera general el porcentaje de menores atendidos por el TAG 3% es considerablemente mas pequeño que el de la poblacion adulta debe ser motivo de estudio el por que los niños estan padeciendo de un trastorno que normalmente se desarrolla en la media de la vida (ver grafica N°5)

Grafica N° 5
Trastorno de Ansiedad Generalizada por rango de edad
2010 2015



Fuente (Ministerio de Salud de Panama 2015)

Esta grafica nos permite ver que el Trastorno de Ansiedad Generalizada se da en todas las edades independientemente del sexo esto explica mas claramente la necesidad de asignar partidas para la prevencion de este trastorno

CAPITULO II
TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN EL TRATAMIENTO DEL
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

La aparición del enfoque cognitivo conductual está vinculado a autores como Bowers (1973) Endler (1973) o Endler y Magnusson (1976) asociando las aportaciones del enfoque cognitivo y del enfoque conductual. La conducta se determinaría a partir de la interacción entre las características individuales de la persona y las condiciones situacionales que se presentan.

Cuando una persona siente o afirma tener ansiedad intervienen en ese proceso distintas variables y ninguna de ellas debe ser desestimada para el estudio del mismo. Se trata de variables cognitivas del individuo (pensamientos, creencias, ideas, etc.) y variables situacionales (estímulos discriminativos que activan la emisión de la conducta). Según esto, la ansiedad pasa de ser concebida como rasgo de personalidad a ser un trastorno de personalidad (Jimenez 2007).

1 Intervenciones Terapéuticas

El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) es un problema que interfiere significativamente en la vida de las personas y supone un presupuesto elevado de los recursos sanitarios y una carga económica grande para la sociedad.

En los últimos años se han investigado y desarrollado nuevas formas de intervenciones que han logrado resultados satisfactorios. La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y las intervenciones farmacológicas han demostrado ser efectivas en el tratamiento a corto plazo del Trastorno de Ansiedad Generalizado (12 o menos semanas) (Jimenez 2007).

Otras opciones no farmacológicas utilizadas en el tratamiento a corto plazo presentan pocas pruebas para recomendar su uso: terapia de resolución de problemas, autoayuda e información y grupos de apoyo (Jimenez 2007).

1.1 Tratamiento farmacológico

El principal objetivo en el tratamiento farmacológico de la ansiedad es el control de la sintomatología central de la enfermedad

Frecuentemente estos pacientes necesitan además del tratamiento agudo de los síntomas (menos de 6 meses) la administración de un tratamiento crónico para prevenir las recaídas

Esto hace necesario utilizar medicamentos que sean bien tolerados y con baja probabilidad de abuso, tolerancia o dependencia, además de presentar un rápido comienzo de acción (Navas Orozco & Vargas Baldares, 2012)

- **Antidepresivos**

Los datos surgidos a lo largo de las dos últimas décadas han continuado destacando la eficacia de los antidepresivos para el tratamiento del TAG (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006)

- **Ansiolíticos (Benzodiacepinas BZD)**

Las BZD son agentes depresores del sistema nervioso y tienen efectos generales contra la ansiedad, ya que promueven la relajación física y mental, reduciendo la actividad nerviosa en el cerebro (acción gabaérgica). Las BZD se encuentran dentro del grupo de fármacos que han demostrado su efectividad en el tratamiento de la ansiedad generalizada (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006)

Existen ansiolíticos con un efecto más sedante o hipnótico que otros y en función de esta capacidad se administran como fármacos para poder dormir o como fármacos para combatir la ansiedad (Blasco, 2013)

Los medicamentos contra la ansiedad llamados benzodiacepinas pueden empezar a trabajar con mayor rapidez que los antidepresivos

Los que se utilizan para tratar los trastornos de ansiedad incluyen

- El clonazepam (Klonopin) que se utiliza para la fobia social y el trastorno de ansiedad generalizada
- Lorazepam (Ativan) que se utiliza para el trastorno de pánico
- Alprazolam (Xanax) que se utiliza para el trastorno de pánico y trastorno de ansiedad generalizada
- La bupiriona (Buspar) es un medicamento contra la ansiedad que se usa para tratar el trastorno de ansiedad generalizado
- La bupiriona a diferencia de las benzodiazepinas necesita al menos dos semanas para comenzar a trabajar adecuadamente (Mental Health Medications s f)

Indicaciones al tomar los medicamentos para tratar los trastornos de ansiedad

Si las benzodiazepinas se toman durante un largo periodo de tiempo las personas pueden desarrollar tolerancia y necesitar dosis mas altas para conseguir el mismo efecto

Algunos se vuelven dependientes de ellas Para evitar estos problemas los medicos suelen prescribir la medicacion por periodos cortos una practica que es especialmente util para las personas que tienen problemas de abuso de sustancias o que se vuelven dependientes de la medicacion con facilidad

Si las personas dejan de tomar las benzodiazepinas pueden experimentar sintomas de abstinencia o la ansiedad puede regresar nuevamente Por lo tanto se deben disminuir lentamente

La bupiriona y beta bloqueadores son similares Por lo general se toman a corto plazo para el manejo de la ansiedad Ambos deben disminuirse lentamente Se debe hablar con el medico antes de suspender cualquier medicamento contra la ansiedad (Mental Health Medications s f)

1 2 Psicoeducacion

Los pacientes se benefician de una explicacion de sus sintomas y de los factores que la modifican. Decirle que 'esta bien' puede agravar la enfermedad y hacer que se pierda la confianza en el medico. La explicacion de que los sintomas son parte de la respuesta exagerada del estres o como resultado de la secrecion de adrenalina por las preocupaciones es mejor aceptada.

El paciente debe conocer que la tension conduce al dolor muscular y que la activacion neurovegetativa da lugar a los sintomas cardiovaskulares y digestivos. Que los sintomas empeoran con el consumo de cafeina, nicotina, alcohol, fatiga y por estresores. (Trastorno de ansiedad, guia practica para diagnostico y tratamiento)

1 3 Terapia psicodinamica

Este enfoque terapeutico incluye el trabajo de todas las terapias analiticas. Sus origenes se encuentran predominantemente en la vision del psicoanalisis de Freud, aunque se reconocen a Carl Jung, Alfred Adler, Otto Rank y Melanie Klein por haber desarrollado aun mas el concepto y la aplicacion de la psicodinamica (Guerra, PsicoActiva, La Terapia Psicodinamica, 2017).

Guerra (2017) señala que la Terapia Psicodinamica tiene como objetivo hacer consciente lo inconsciente, ayudar a que la persona entienda sus verdaderos sentimientos profundamente arraigados para que pueda resolverlos. Esta terapia, aunque comparte los mismos principios fundamentales del psicoanalisis, es mucho menos intensiva y se centra principalmente en los problemas inmediatos, tratando de encontrar una solucion mas rapida.

Los terapeutas psicodinamicos utilizaran tecnicas similares a las del psicoanalisis y la terapia psicoanalista, con la finalidad de ayudar al cliente a entender como funciona su mente y que sus alteraciones son inconscientes.

Técnicas utilizadas

Asociación libre es el nombre que Freud le dio a lo que conocemos como la regla analítica por excelencia fundamental en un tratamiento analítico que se precie de tal

Es una técnica que utilizaba Freud con los pacientes que analizaba para que se liberaran de todos los prejuicios conscientes que determinaban su discurso pudiendo así libremente hablar de cualquier cosa sin interponer prejuicios sobre lo que se decía (Garin, 2014)

Consiste en dejar que el cliente hable con el terapeuta diciendo libremente lo primero que le viene a la mente

Transferencia terapéutica En el psicoanálisis se llama transferencia al fenómeno mediante el cual el paciente proyecta inconscientemente sobre su analista sentimientos vivencias y emociones infantiles La persona vea en su terapeuta y experimentara hacia él o ella los mismos deseos y afectos que tuvo hacia sus padres y/o personas significativas de su infancia sin tener claro por qué lo hace Se sentirá entonces agradecido apegado rechazado experimentara angustias temores y anhelos que le resultan difíciles de expresar y mucho menos entender

El entorno terapéutico brinda un medio seguro y confiable para que estas emociones puedan ser desarrolladas integradas asimiladas y elaboradas conscientemente Parte del proceso analítico consiste en actualizar la realidad Que la persona angustiada pueda hacer consciente su pasado revisarlo y que por este medio deje de repetir patrones infantiles de conducta (Psicoterapias Transferencias 2011)

Es volcar los sentimientos de la persona sobre el terapeuta especialmente aquellos que inconscientemente han sido retenidos desde la infancia El cliente puede a medida que va reconociendo y explorando esta relación comenzar a entender sus sentimientos y resolver cualquier conflicto de su infancia (Guerri PsicoActiva La Terapia Psicoanalítica 2017)

Interpretacion (Sistemas psicologicos contemporaneos 2013) La interpretacion es lo que define al trabajo psicoanalitico y se lleva a cabo durante una determinada experiencia esa experiencia fue introducida por Freud a traves de la asociacion libre a sus pacientes El metodo interpretativo se instaura con una indicacion expresa a traves de la negatividad de tres 'no' no omita no elija no sistematice el discurso

La asociacion libre con estos tres momentos negativos instala a la experiencia analitica con características y propiedades esenciales sin las cuales no se podria hablar de interpretacion

El trabajo del paciente es asociar libremente y el del analista es el de analizar este a su vez tiene dos tareas instalar la transferencia e interpretar por lo tanto se podria decir que la experiencia analitica tiene un doble trabajo Hay una situacion de dos o mas donde hay una relacion particular entre ambos donde se prevalece el valor de la palabra

El concepto de la interpretacion en la obra de Freud en un principio se referia a hacer consciente lo inconsciente En la segunda epoca la interpretacion fue en relacion a la transferencia y a la resistencia es decir que la misma apuntaba a aceptar la transferencia sostenerla esto le daba un tiempo a Freud para pensar y actuar Tomarse tiempo se refiere a que el analista no tiene el saber sino que el paciente en su relato sueños actos fallidos sintomas etc lo tiene aunque sabe y no sabe al mismo tiempo

La regla esencial es la libre asociacion dejar salir al saber inconsciente lo que surja de ahí sera una guia para el analista dado que este no impone temas sino que sigue la guia del saber inconsciente del paciente

Se puede sostener que la interpretacion es una intervencion del analista tomando al texto del paciente Es una maniobra personal no sugestiva sino un decir del analista que no demanda no intenta convencer no prohíbe ni permite no busca la verdad no orienta no persuade ya que el efecto interpretativo lo sanciona el paciente mismo El analista dice lo

no dicho lo que falta en el texto y la interpretacion puede ser un gesto una palabra a la que el paciente le dara un significado simbolico

La interpretacion apunta al deseo a develar el deseo inconsciente, y se efectua teniendo como marco a la atencion flotante esto implica atender a todo por igual no seleccionar no descartar ningun detalle ya que no hay en el texto del paciente partes mas importantes que otras

Freud en uno de sus escritos 'Consejos al medico' (1912) dice que el analista debe abstenerse de

- Usar sus propias palabras ya que la interpretacion debe respetar a las palabras del paciente no debe imponer palabras nuevas
- Comprender y vivenciar ya que la persona del analista tiene que ir desapareciendo como tal para vehiculizar y sostener la transferencia del paciente
- Tener razon pues la razon la logica que debe tomarse es la del paciente La verdad de la interpretacion esta puesta en abrir caminos asociativos al paciente (Sistemas psicologicos contemporaneos 2013)

Es probable que el terapeuta se mantenga con una relativa tranquilidad durante todo el tratamiento aunque de vez en cuando hara algun comentario o interpretacion de los temas que el cliente elige para discutir (Guerra PsicoActiva La Terapia Psicodinamica 2017)

Este enfoque tiende a ser mas eficaz en el tratamiento de temas especificos como los trastornos de ansiedad (por ejemplo fobias y trastornos obsesivos compulsivos) aunque se puede utilizar para ayudar en una amplia gama de problemas que tengan las personas (Ortiz 2015)

1 4 Terapia cognitivo conductual

Los problemas de ansiedad y depresion constituyen uno de los principales motivos de consulta en Atencion Primaria (INFOCOP Online 2012) y Panama tal y como lo refiere el informe (Ministerio de Salud de Panama 2016) no es ajeno a esa realidad

El articulo presentado por INFOCOP Online (2012) hace referencia a lo citado por organismos competentes en materia de salud como la Organizacion Mundial de la Salud (OMS) el Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clinica del Reino Unido (NICE) o la Federacion Mundial de la Salud Mental (WFMH) en relacion a las ventajas economicas y psicosociales que conlleva la aplicacion de terapias psicologicas en los servicios de Atencion Primaria

La TCC es de gran apoyo en la atencion de los Trastornos de Ansiedad ya que ayuda a las personas a comprender la relacion que hay entre los pensamientos comportamientos y sintomas y la forma como actuan (Diaz s f)

Existen diversos metodos de Terapia Cognitivo Conductual inspirados tanto en la psicologia cognitiva como en los modelos de Ellis y Beck (Mainieri Caropreso)

1 4 1 Terapia Cognitiva (Aaron Beck 1962)

Forma de psicoterapia que se basa en la idea de que los problemas emocionales y conductuales de un individuo son por lo menos en parte resultado de formas inadaptadas o erroneas de pensamientos y de actitudes distorsionadas hacia uno mismo y hacia los demas

El objetivo de la terapia es identificar esas cogniciones erradas y reemplazarlas con otras mas adecuadas proceso que se conoce como Reestructuracion Cognitiva

El terapeuta adopta el papel de un guía activo que trata que el Cliente tome consciencia de esos patrones distorsionados de pensamiento y que intenta ayudarlo a revisar y corregir sus percepciones y actitudes mencionando evidencia que la refuta o haciendo que el cliente la mencione (APA 2010)

1 4 2 La Psicoterapia Cognitivo Analítica (PCA)

Es una terapia «analítica» porque parte de la idea de que existen aspectos que no son accesibles al sujeto en un plano consciente y que a través de la terapia pueden ser accesibles a nivel consciente. A la vez también es una terapia «cognitiva» porque se centra en la capacidad del sujeto para pensar y reflexionar sobre sí mismo y adquirir un mayor control sobre sus propias acciones. La PCA es también una psicoterapia «focal» y «de acción».

El terapeuta toma un papel activo y actúa como un «andamiaje» para el paciente en su nuevo proceso de aprendizaje (Rodríguez Moya & Fernández Belinchón 2013)

1 4 3 Terapia Cognitivo narrativa

En la Terapia Narrativa se potencian maneras de relatar el problema como si fuera algo que en sí mismo no define la identidad de la persona. Esto se hace para que la problemática no pase a ser el filtro por el que pasan todas aquellas cosas que percibimos (algo que no haría más que alimentar el malestar y hacer que se perpetue en el tiempo).

De este modo al externalizar el problema este es introducido en la narración de la vida de la persona como si fuese un elemento más algo separado de la persona en sí. La Terapia Narrativa se vincula al

pensamiento narrativo para que tanto el terapeuta como el cliente puedan tratar de tu a tu las experiencias mencionadas y negociar entre ellos la elaboración de estas historias específicas y verosímiles (Triglia 2017)

La Terapia Narrativa nace entre otras cosas de la distinción entre el pensamiento lógico científico y el pensamiento narrativo. Mientras que el primero sirve para aportar veracidad a las cosas a partir de una serie de argumentos, el pensamiento narrativo aporta realismo a los acontecimientos al situarlos en un marco temporal y crear con ellos una historia. Es decir, mientras que el pensamiento lógico científico investiga leyes abstractas sobre el funcionamiento del entorno, las narraciones tratan las particularidades de la experiencia concreta, los puntos de vista cambiantes y la sujeción de unos hechos a un espacio y un tiempo determinados (Triglia 2017)

1.4.4 Terapia Cognitivo– post racionalista

Post racionalismo no se refiere a una postura anti racionalista ni le resta valor al razonamiento lógico como aspecto fundamental para dar consistencia a la experiencia humana, sino que sostiene que el conocimiento es mucho más amplio que la cognición y solo una parte es lógica, abstracta y racional. El conocimiento es emocional en su mayor parte, pero también es sensorial, perceptual, motor y conductual (Bergeret 2001)

1.4.5 Terapia Centrada en Esquemas (Young)

La terapia de esquemas es una psicoterapia integradora que combina elementos de las escuelas Cognitivo conductuales, teoría del apego, Gestalt, constructivistas y elementos dinámicos. Surge como una

alternativa de confrontar a aquellos pacientes con trastornos psicologicos cronicos considerados dificiles de tratar incluidos los pacientes con TP y los que tienen aspectos caracterologicos significativos que constituyen la base de los trastornos del Eje I Esta terapia de evoluciono a partir del tratamiento cognitivo de Beck

La caracteristica mas destacada es que la terapia de los esquemas ofrece tanto al terapeuta como al paciente un marco integrador que le sirve para comprender patrones profundos persistentes y autoderrotistas de pensamiento conducta sentimiento y de relaciones con los demas A esta terapia Young la denomino esquemas disfuncionales tempranos (Rodriguez Vilchez 2009)

1 4 6 Terapia Constructivista – Relacional

Se basa en el concepto de que la realidad no puede existir separada de la experiencia y que solo puede ser conocida a traves de la experiencia lo que resulta en una realidad personal unica El filosofo y teorico del constructivismo radical Ernst von Glaserfeld (1984 1990) propone tres principios epistemologicos esenciales del constructivismo a la que se le ha añadido una cuarta recientemente

- 1 El conocimiento no se acumula de forma pasiva sino que es el resultado de cognicion activa del individuo
- 2 La cognicion es un proceso adaptativo que funciona para hacer que el comportamiento de un individuo sea mas viable en un entorno particular
- 3 La cognicion organiza y da sentido a la experiencia de cada uno no es un proceso que haga una representacion exacta de la realidad

- 4 El saber tiene raíces tanto en la construcción biológica/neurológica como en la interacción social que se genera sobre la base cultural y del idioma

Por lo tanto el constructivismo reconoce el papel activo del individuo en la creación de conocimiento personal la importancia de la experiencia (individual y social) en este proceso y la comprensión del mismo y estos cuatro principios fundamentales son la base de los principios básicos de la enseñanza y el aprendizaje

Según el constructivismo los seres humanos son los responsables del significado que le den a sus vidas y esencialmente construyen sus propias realidades. Por este motivo en los diversos enfoques psicoterapéuticos que caen bajo el paraguas del constructivismo el cliente es visto como un participante activo que crea y determina su propio camino en la vida. El pensamiento constructivo se diferencia así de otras teorías que ven la realidad como algo fijo que debe ser descubierto por los clientes. Por el contrario en el constructivismo la realidad es algo que se crea (Guerra Psicoactiva ¿Que es el Constructivismo y como se utiliza en terapia? s f)

1.4.7 Terapia Lingüística de Evaluación

El objetivo de esta psicoterapia breve es provocar un cambio emocional cognitivo un cambio en las apreciaciones que realiza el cliente sobre su realidad. Esto se realiza cuando el cliente utiliza un lenguaje diferente al acostumbrado lo que equivale al mundo de los hechos estructuralmente

La TLE ha tenido resultados satisfactorios con pacientes con problemas emocionales fundamentalmente de ansiedad y depresión

Para que los pacientes puedan mejorar y mantener los cambios alcanzados con la terapia se les enseña a darse cuenta cual es el origen de los problemas. Es importante que el paciente aprenda a reconocer y mejorar el tipo de evaluación que realiza y como estas son el centro de su problema para que pueda conectarse con el cambio que se produzca con el trabajo que el realice.

Las técnicas semántico – generales son utilizadas exclusivamente por esta terapia excluyendo totalmente otras técnicas cognitivas o comportamentales. Un factor sobresaliente y que alcanza una posición relevante es la alianza terapéutica.

La TLE tiene como propósito lograr que el paciente investigue y no se conforme con las primeras impresiones que formule hipótesis con frecuencia y las practique validándola constantemente con la realidad de los hechos. Lo que se busca es que el paciente tenga una actitud flexible y abierta ante la realidad.

El vehículo del cambio en la TLE es el uso del lenguaje se busca que el paciente comprenda que lo que se quiere cambiar son los procesos evaluativos a través de lo que ellos se dicen así mismos (Psicólogos internos residentes s f)

1.4.8 Terapia Resolución de Problemas

La resolución de problemas es la búsqueda racional de una solución o soluciones por medio de una serie de estrategias que ayudan a solucionar o afrontar una situación problemática. Son cuatro las habilidades básicas necesarias:

- definición y formulación del problema
- generación de soluciones alternativas

- toma de decision
- aplicacion de la solucion y comprobacion de su utilidad

Estas habilidades pueden verse como fases que representan una secuencia util pero no necesariamente lineal

La solucion de un problema suele requerir movimientos hacia atras y adelante entre las distintas fases. Por ejemplo, uno puede estar en la toma de decision y volver a la definicion del problema en busca de mas informacion. O mientras se esta en la fase de decision se le ocurren a uno mejoras en las soluciones previamente pensadas.

Por otra parte, la lluvia de ideas puede emplearse no solo para generar soluciones alternativas en la fase 2, sino tambien para identificar mas objetivos en la fase 1 o ampliar la lista de consecuencias anticipadas en la fase 3 (Bados & Garcia Grau, 2014).

1.4.9 Terapia dialectica

La terapia dialectica comportamental es un programa de tratamiento que se enmarca en la terapia cognitivo comportamental. Su objetivo esencial es que el paciente aprenda a regular la emocionalidad extrema reduciendose las conductas desadaptativas dependientes del estado de animo y que aprenda a confiar y validar sus propias experiencias, emociones, pensamientos y comportamientos.

En esta terapia se destacan aspectos que son importantes e innovadores como que esta intervencion esta basada en principios terapeuticos y no en un manual de tratamiento. Este programa se fundamenta en una escala de metas terapeuticas que se abordan en funcion de su

importancia La jerarquía que se establece en la terapia individual es la siguiente

- Conductas suicidas y parasuicidas
- Conductas que interfieran con el curso de la terapia
- Conductas que afecten a la calidad de vida
- Aumentar habilidades comportamentales

Esta estructura permite un abordaje flexible en función de las necesidades de cada paciente

Otro aspecto relevante de la terapia dialéctica comportamental es que instituye que la intervención se realice por un equipo de terapeutas quienes reciben retroalimentación y supervisión de los otros terapeutas en el seguimiento de cada caso (García Palacios 2006)

El programa terapéutico de tratamiento se estructura en cuatro etapas la fase de pre tratamiento cuyo objetivo es orientar al paciente hacia establecer la relación terapéutica las metas y los compromisos El pre tratamiento está dirigido a la orientación del paciente hacia la terapia al establecimiento de la relación terapéutica de las metas y de los compromisos Esta fase es esencial porque en ella se determinan los límites de la terapia límites flexibles pero constantes que van a guiar la terapia

Uno de los efectos más beneficiosos de estas estrategias de pre tratamiento es que promueve la adhesión al tratamiento Esta primera fase dura un año

La segunda fase del tratamiento está dedicada al tratamiento del estrés posttraumático Este segundo momento del tratamiento no tiene una duración determinada

La tercera fase tampoco tiene una duracion determinada. Un objetivo importante es que el paciente construya el respeto por si mismo y que aprenda a validar sus propias experiencias. Otra meta terapeutica es que el paciente se empiece a plantear y perseguir metas vitales realistas en distintas areas como el trabajo, la familia, etc.

La terapia dialectico comportamental constituye un programa de tratamiento que manteniendo una perspectiva de terapia cognitivo comportamental ha incorporado nuevos elementos tecnicos y relativos al enfoque y al proceso terapeutico para abordar con eficacia aspectos especificos del trastorno limite de la personalidad como son los patrones de funcionamiento inflexibles y disfuncionales en el area emocional y comportamental (Garcia Palacios 2006).

1.4.10 La terapia cognitivo conductual

Lleva al cliente a una actividad metacognitiva que se constituye en el factor terapeutico determinante (Mainieri Caropreso).

- Se basa en la idea de que son nuestros pensamientos los que guian nuestros sentimientos y nuestra conducta, no asi los factores externos como las personas, situaciones o eventos. La ventaja de este hecho es que podemos cambiar nuestra forma de pensar para sentir o actuar mejor, incluso si la situacion no cambia.
- La relacion entre el terapeuta y el paciente es necesaria, pero no es lo principal. La relacion debe ser buena, de confianza y de ayuda, pero lo principal es que el cliente cambie su manera de pensar, esa es la clave de la TCC.
- La Terapia Cognitivo Conductual no le dice al paciente como debe sentirse, se centra en los objetivos personales del paciente.

- La TCC es estructurada y breve por el numero de sesiones requeridas
En general el numero promedio de sesiones obtenidas por los clientes va de 10 a 20

Mainieri Caropreso reafirma que el objetivo principal del tratamiento es ayudar al cliente a desaprender de sus reacciones no deseadas y aprender nuevas maneras de reaccionar Durante el desarrollo de las sesiones la persona puede

- Entender como controlar los pensamientos distorsionados relacionados con los factores estresantes que hay en la vida así como el comportamiento de los demás o hechos que suceden en la vida
- Reconocer los pensamientos que le causan ansiedad como cambiarlos y ayudarlo para que sienta que el puede mantener el control de los mismos
- La terapia cognitivo conductual (TCC) provee a los pacientes de herramientas para que puedan manejar y controlar la ansiedad y la preocupacion Además de que puede ser utilizada con tratamientos alternativos como las tecnicas de relajacion la meditacion entre otros

1.4.11 Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC)

Entre las psicoterapias mas conocidas y practicadas en el mundo de la salud mental se encuentra la Terapia Racional Emotiva (TREP) Su principios son relativamente sencillos y el objetivo de la misma es llevar a la persona a darse cuenta que no son los eventos de la vida ordinaria lo que le produce un trastorno sino lo que percibe acerca de ese evento lo que verdaderamente le afecta (Ibañez Reyes Onofre Perez & Vargas Flores 2012)

Creada por Albert Ellis a finales de los años 50 esta terapia se convirtió sin lugar a dudas en una tecnica muy popular y muy importante dentro de su campo Se trata de una

terapia muy practica y directiva en que se incluyen ejercicios y tareas para hacer en casa para ayudar a la persona a solucionar su problema emocional de una manera breve y eficaz

Es tambien una terapia profunda porque no se limita a aliviar los sintomas del malestar de la persona sino que va hasta el fondo del problema provocando cambios filosoficos profundos y permanentes que tienen como consecuencia una mejora de la calidad de vida Este cambio hace que las personas se sientan menos susceptibles al trastorno (RET s f)

La TREP es una terapia flexible e integradora ya que se puede aplicar en muchos formatos tanto en terapias individuales como grupales (RET s f)

El eje central de la teoria de la TREP lo resume Ellis en la frase de un famoso filosofo griego estoico llamado Epicteto quien afirmaba que Las personas no se alteran por los hechos sino por lo que piensan acerca de los hechos (Obst Camerini 2013)

Ellis consideraba que los problemas conductuales y emocionales podian tener su origen a partir de sus tres fuentes la del pensamiento la emocional y la conductual

De acuerdo a Ellis estos tres aspectos estan interrelacionados de modo que los cambios en uno producen cambios en otro Si las personas cambian el modo en que piensan acerca de las cosas el mundo o si mismos sentiran de modo diferente y se comportaran de diferente manera (Mainieri Caropreso)

En Obst Camerini (2013) se presenta el resumen de lo que Ellis denomino el ABC de su teoria recordando que entre A y C siempre esta B

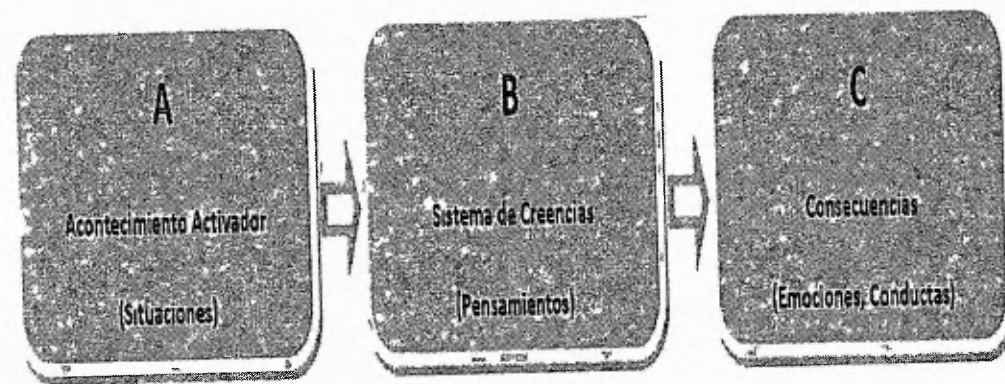
A representa el acontecimiento activador suceso o situacion Puede ser una situacion o acontecimiento externo o un suceso interno (pensamiento imagen fantasia conducta sensacion emocion etc)

B representa en principio al sistema de creencias pero puede considerarse que incluye todo el contenido del sistema cognitivo pensamientos recuerdos imagenes supuestos inferencias actitudes atribuciones normas valores esquemas filosofia de vida etc

C' representa la consecuencia o reaccion ante **B"** Las **C'** pueden ser de tipo emotivo (*emociones*) cognitivo (*pensamientos*) y/o conductual (*acciones*)

Figura N° 1

Resumen de la TREP



Fuente (Almasa 2011)

La cognicion **B** o sea distorsiones en el procesamiento de informacion son las que conllevan a las reacciones **C** Se concluye que el modelo cognitivo conductual aplica su esfuerzo de tratamiento a **B** o sistema de creencias (Mainieri Caropreso)

Segun (Mainieri Caropreso) esta relacion ABC no es evidente a la mayoria de las personas quienes mantienen que sus dificultades emocionales o sus trastornos del comportamiento (**C**) se derivan de los acontecimientos de su vida (**A**) Sin embargo no es el acontecimiento lo que determina al menos directamente el estado emocional sino mas bien el significado que la persona le otorga a tal evento representado por lo que ella misma se dice para sus adentros en sus pensamientos (**B**)

(Mainieri Caropreso) cita a (Ellis 1981) indicando que los pensamientos o creencias **B** estan enraizados en experiencias muchas veces muy tempranas con componentes innatamente predispuestos y otros aprendidos o adquiridos

Ellis denomina creencias irracionales a las actitudes absolutistas catastrofistas y generalizadoras de las personales. Esas creencias predisponen a la persona al trastorno emocional. El objetivo de la terapia de Ellis sería hacer que la persona sea consciente de esas creencias y proporcionar vías para su modificación (Mainieri Caropreso)

Las ideas irracionales consisten principalmente en pensamientos que incluyen un *debería* o *tengo que* (exigencias absolutistas) y en segundo lugar conclusiones irracionales e ilógicas (inferencias) sacadas de datos limitados (Obst Camerini 2013)

Las creencias irracionales se caracterizan por (Almasa 2011)

- 1 Ser lógicamente inconsistentes (parten de premisas falsas o resultan de formas incorrectas de razonamiento)
- 2 Ser inconsistentes con la realidad (no concordantes con los hechos distinto a lo observable)
- 3 Ser dogmáticas absolutistas expresadas con demandas (en vez de preferencias o deseos). Aparecen términos como *necesito*, *debo*, *debe*, *no puedo*, *jamás*, etc. En lugar de *prefiero*, *es mejor*, *no me gusta*, *es peor*, etc. Estas demandas pueden estar dirigidas hacia
 - Uno mismo ej *yo debo ser exitoso*
 - Hacia los otros ej *'tu debes escucharme'*
 - Hacia el mundo en general ej *'la vida debe ser fácil'*
- 4 Conducir a conductas o emociones inapropiadas o auto saboteadoras
- 5 No ayudar o impedir el logro de los objetivos de la persona

Afirma (Mainieri Caropreso) que para Ellis las creencias irracionales traen aparejadas

- La *tremendización* o *catastrofismo*: exageración del daño o significado del hecho. Cuando la creencia es expresada de manera que una situación es cien por ciento terrible, peor de lo que debería ser.
- La *no soportitis* o *baja tolerancia a la frustración*: la persona no puede imaginar tolerar situaciones que de hecho existen y son tolerables.

- La condena global o evaluaciones del yo y de los otros La persona tiende a ser excesivamente critica consigo misma con los demas y/o con las condiciones de vida en general Ejemplos
 - Sobre uno mismo soy un inservible
 - Sobre los otros es una mala persona y merece ser castigada
 - Sobre el mundo ' el mundo es una porqueria

Segun (Mainieri Caropreso) Albert Ellis en su libro *Reason and Emotion in Psychotherapy* (1980) presenta una lista (no definitiva) de las creencias irracionales

- 1 Los humanos adultos tienen una imperiosa necesidad de ser amados o aprobados por otra persona significativa en su comunidad
- 2 Uno debe absolutamente ser competente adecuado y exitoso en todas las cosas importantes o caso contrario uno es una persona inadecuada o inservible
- 3 Las personas deben absolutamente actuar honradamente y consideradamente y si no lo hacen son unos villanos condenables La persona es sus actos malos
- 4 Es tremendo y horrible cuando las cosas no son exactamente como uno desearia ardientemente que fueran (las cosas deben ser como yo deseo)
- 5 Las perturbaciones emocionales son causadas externamente y las personas tienen poca o ninguna capacidad para aumentar o disminuir sus sentimientos y conductas disfuncionales
- 6 Si algo es o puede ser peligroso o temible uno debe estar constante y extremadamente preocupado por ello y seguir haciendo hincapie en la posibilidad de que ocurra
- 7 Uno no puede enfrentar las responsabilidades y dificultades de la vida y es mas facil evitarlas

8 Uno debe ser completamente dependiente de los otros y necesitarlos y uno no puede conducir su propia vida

9 Nuestra historia pasada es un importante total determinante de nuestra conducta actual y si algo ha afectado alguna vez fuertemente nuestra vida debiera tener indefinidamente similar efecto – un estímulo que me afectó una vez con toda seguridad tendrá igual efecto si ocurre en el futuro

10 Las perturbaciones de las otras personas son horribles y uno debe sentirse sumamente alterado por ellas

11 Invariablemente debe existir una correcta precisa y perfecta solución para los problemas humanos y es tremendo si no se puede encontrar

Ellis afirmó que las personas en gran parte son responsables de sus sentimientos perturbados los cuales genera consciente o inconscientemente y son las mismas personas quienes tienen todos los recursos para poder modificar sus pensamientos y traer a sus vidas estados duraderos y estables (Regader 2017)

1.4.12 Reestructuración cognitiva

La técnica de reestructuración cognitiva consiste en identificar y cuestionar los pensamientos desadaptativos para sustituirlos por otros más apropiados y se reduzca o elimine de esta forma la perturbación emocional y/o conductual que acompañan a esos pensamientos (Técnicas de relajación y desarrollo personal 2014)

La reestructuración cognitiva (RC) se ha mostrado eficaz en el tratamiento de numerosos trastornos entre ellos los trastornos de ansiedad

Este termino es utilizado para varios planteamientos de la terapia cognitiva que tienen como objetivo reducir los pensamientos automaticos negativos y disminuir los esquemas desadaptativos

La piedra angular de la reestructuracion cognitiva son los pensamientos automaticos un tipo de ideas que las personas tenemos involuntariamente en muchas situaciones de nuestras vidas

Justamente estos pensamientos se llaman automaticos porque no hacemos ningun esfuerzo para que se presenten simplemente ellos aparecen (CETECIC 2013)

Al hablar de pensamientos automaticos a menudo se describen tres grados en los modelos cognitivos

- Pensamientos automaticos distorsionados o negativos (p ej soy aburrido)
- Suposiciones desadaptativas o principios rectores erroneos (p ej debo ser estimado por todos)
- Esquemas disfuncionales o conjuntos de ideas basicas (p ej soy incapaz)

Todos los modelos de reestructuracion cognitiva buscan ayudar a que los pacientes

- Identifiquen los tipos de patrones de pensamientos negativos
- Comprendan como influyen esas cogniciones en sus respuestas emocionales ante situaciones estresantes
- Cambien esa mentalidad al sustituir las ideas negativas por otras mas adaptativas y saludables

1.5 Tecnicas de relajacion muscular

Se le enseña al paciente a ir aflojando su cuerpo para que disminuya la tension y pueda asi dominar la ansiedad teniendo como resultado la tranquilidad de su cuerpo o de su mente o la tranquilidad de cuerpo y mente

Esta tecnica de relajacion muscular progresiva la introdujo Jacobson y Wolpe la abrevio El primer paso es que el paciente se percate de la diferencia entre las sensaciones que se producen cuando se contraen los musculos pequeños y lo que se sienten cuando los mismos se van relajando progresivamente (Escribano S & Perales Soler 2013)

La Relajacion progresiva esta orientado hacia el reposo Su meta es reducir la tension muscular y la activacion fisiologica Este metodo de caracter fisiologico permite establecer un control voluntario de la tension distension que llega mas alla del logro de la relajacion en un momento dado

La mejora la percibe todo el cuerpo al experimentar la sensacion grata que se siente despues del entrenamiento que lleva con muy poco esfuerzo a una profunda relajacion Despues de la liberacion de la tension fisica se puede experimentar la sensacion de calma voluntaria fruto de haber abandonado la tension innecesaria (Relajacion progresiva de Jacobson Universidad de Almeria)

Es una tecnica adaptativa de afrontamiento para disminuir la angustia fisiologica y psicologica por lo que ni el metodo ni sus efectos son breves se le debe explicar al paciente el procedimiento y preparar el lugar donde se realizara la sesion de relajacion

La estimulacion ambiental debe reducirse al maximo para que el paciente se sienta comodo despues se hace un recorrido por las diferentes zonas del cuerpo dandole al paciente indicaciones de contraccion y relajacion de los diferentes grupos musculares de manos y brazos nuca y hombros ojos cejas y frente tronco y pecho y finalmente de piernas y caderas

Se debe aprender a relajar los distintos musculos en las zonas donde se acumulan las tensiones y para lograrlo se debe hacer un recorrido por todo el cuerpo aunque no se sienta la tension (Escribano S & Perales Soler 2013)

Escribano S & Perales Soler (2013) describe las fases de este metodo de la siguiente manera

- Tension relajacion Se trata de tensionar y luego de relajar diferentes grupos de musculos en todo el cuerpo con el fin de que aprenda a reconocer la diferencia que existe entre un estado de tension muscular y otro de relajacion muscular Esto

permitira que se logre un estado de relajación muscular que progresivamente se generaliza a todo el cuerpo. Se debe tensionar varios segundos entre cinco y diez minutos y relajar lentamente.

- La segunda fase consiste en revisar mentalmente los grupos de músculos comprobando que se han relajado al máximo.
- Relajación mental. Se debe pensar en una escena lo más agradable y positiva que se pueda o en mantener la mente en blanco. Es relajar la mente a la vez que se continúa relajando todo el cuerpo.

Estas tres fases pueden durar entre 10 y 15 minutos. Se hace sin prisa y pueden repetirse varias veces al día. La paciente puede utilizar esta cuando la considere necesario (Relajación progresiva de Jacobson. Universidad de Almería).

1.6 Técnica de respiración controlada

Este procedimiento ayuda a reducir la activación fisiológica y a controlar la ansiedad. Normalmente respiramos entre 12 y 16 veces por minuto. La técnica consiste en aprender a respirar de un modo lento y no demasiado profundo, empleando el diafragma en vez de respirar por el pecho de 8 o 12 veces. Se respira de forma lenta, regular, diafragmática.

Lenta y regular. Para facilitar que disminuyan las constantes vitales: el ritmo cardíaco, la tensión sanguínea, la tensión muscular, entre otras. Esta es la razón por la que cuando estamos nerviosos conviene respirar más lentamente.

Diafragmática. Con frecuencia cuando respiramos llevamos el aire solo hasta la zona media de los pulmones y la sangre se oxigena poco. Al respirar de forma superficial, el aire presiona las costillas y el pecho se mueve. Es recomendable intentar llevar el aire hasta la parte inferior de los pulmones para oxigenar la sangre de forma adecuada.

Cuando hacemos esto el diafragma se contrae presiona el abdomen y este se eleva
(García Grau Fuste Escolano & Bados Lopez)

1.7 Visualización - imaginación guiada

Para (Castes Boscan s f) existen muchas definiciones de meditación visualización e imaginación guiada Sin embargo dado el contexto en el cual realiza su intervención hace referencia a Candace Pert (1998) que dice "Meditación visualización es otra forma de entrar en la conversación interna del organismo interviniendo conscientemente en sus interacciones bioquímicas"

Castes Boscan(s f) cita a Naparstek (1995) para presentar el aporte que esta investigadora realiza en torno a los diferentes tipos de imaginación guiada Hace referencia a que la clasificación obedece a un propósito didáctico ya que en la práctica la mayoría de las imaginaciones guiadas se entrelazan en un mismo ejercicio

- **Imaginación metafórica**

La más común de los tipos de imaginación guiada El hemisferio derecho del cerebro trabaja principalmente con símbolos El cerebro derecho está naturalmente predispuesto al simbolismo así que la metáfora es en realidad un atajo Proporciona una forma poderosa para que una imagen viaje a través de la mente y el cuerpo Considera que hay una tremenda información psíquica en una imagen y puede tener una gran influencia porque su naturaleza afecta tanto al cuerpo como al espíritu

- **Imaginación conductual**

Probablemente es la forma más básica de imaginación No requiere conocimiento sofisticado de la psique y el cuerpo y a pesar de su simplicidad los resultados son sorprendentes para la salud general y el bienestar Naparstek (1995) cita (Spiegel

1989) de la Universidad de Stanford con un grupo de mujeres con cancer metastasico de mama. En el ejercicio de hipnosis las mujeres debian imaginarse a ellas mismas flotando muy suavemente en el agua, sintiendose muy relajadas y con una gran sensacion de paz. Este ejercicio lo debian repetir una y otra vez en las sesiones de apoyo y tambien diariamente cuando lo necesitaran.

Otro ejemplo de esta clase de imaginaria es cuando se permite que la imaginacion lleve a la persona a su sitio preferido, un lugar especial de recogimiento real o imaginario, tratando de experimentarlo con todos los sentidos y recordando los sentimientos y emociones de un encuentro especial o un momento particularmente nutritivo. Este tipo de imaginacion ayuda a la persona a moverse de un estado de tension a uno de paz y calma.

- Imaginacion del estado final

Este tipo de imaginacion consiste en tratar de que la persona se imagine en aquellas condiciones o circunstancias que ellas desean. Solo tienen que saber lo que quiere. Los atletas estan entrenados para usar este tipo de imaginacion justo antes de las competencias. En las personas enfermas se les sugiere que practiquen este tipo de imaginacion antes de las revisiones medicas que les producen gran ansiedad y tension, imaginandose los resultados de los exámenes y las noticias que quisieran escuchar de sus medicos.

- Imaginacion celular

Probablemente la imaginacion guiada la cual ha sido mas investigada es la imaginacion de eventos en el cuerpo a nivel celular, sobre todo con el sistema inmune (Castes Boscan s f).

- Imaginacion fisiologica

Este tipo de imaginacion requiere como la celular entender los mecanismos basicos de como trabaja el cuerpo. Basicamente se implementa la imaginacion

para corregir el mecanismo dañado se utiliza con éxito en la hipertensión arterial
indigestión acidez alergias o migrañas

- Imaginación psicológica

La imaginación psicológica es aquella que cambia la percepción que tiene la persona de sí misma. Puede ayudar con dilemas psicológicos de larga data o algún trastorno emocional temporal.

La imaginación psicológica puede parecer fisiológica. Cuando una persona está pasando por un período de intenso dolor, uno de los problemas que se le puede presentar es el miedo al dolor. Las personas se comprometen en una actividad frenética para tratar de evitar el dolor. Lo que se necesita es justamente lo contrario: detenerse y permitir sentir. La imaginación los lleva a través de sus sentimientos en vez de alrededor de ellos. La imaginación psicológica puede ser interactiva para superar un conflicto con alguien o cambiar cierta situación y también puede ser usada para generar empatía y compasión por una persona dentro de su círculo afectivo cercano.

- Imaginación espiritual

Para Castes Boscan (s.f.) La espiritualidad es una parte integral de la vida humana expresada en formas diferentes y no es propiedad exclusiva de ningún grupo particular o religioso: habita en el corazón de todos los hombres y mujeres en cualquier lugar del planeta (Castes 1996).

Los estudios del Dr. Benson (1996) han demostrado que las personas incrementan su espiritualidad relativamente rápido cuando se estimula la respuesta de relajación. Sus trabajos también demostraron que aquellas personas que usan la relajación por más de un mes tienen mayores puntajes en una prueba de espiritualidad que aquellos que la han practicado durante menos de un mes. Las personas que reportan un aumento de la espiritualidad con la relajación describen dos cosas: 1)

la presencia de una energía una fuerza un poder Dios que está más allá de ellos mismos 2) Esa presencia espiritual está cerca de ellos siendo justamente estas personas las que obtenían mayores beneficios Actualmente ya existe un grupo de investigaciones muy serias que han demostrado una correlación significativa entre salud y creencias religiosas y espiritualidad así mismo numerosos trabajos han demostrado el poder de la oración y su correlación con mejorías notables en caso de enfermedad (Dossey 1991 Levin 1994 Castes 1999) Algunas personas dirían que cualquier clase de imaginación de hecho es espiritual lo cual es cierto incluso ir a un lugar especial sintonizados con su belleza y sintiendo una inmensa gratitud

- **Imaginación energética**

Esta imaginación hace uso de la Medicina Tradicional China y Ayurvedica India que tanto se ha puesto de moda últimamente Según estas tradiciones las cuales son apoyadas ahora por la física cuántica no hay distinción entre mente y cuerpo solo energía La enfermedad se presenta cuando hay un bloqueo del flujo de la energía (o de la información según Candace Pert 1998) Este tipo de imaginación se concentra en sentir el flujo de energía a través del cuerpo Puede ser visto como ondas y partículas moviéndose a través del cuerpo o también se puede sentir como una vibración

1.8 Detención del pensamiento

La parada de pensamiento es una técnica cognitivo conductual encaminada a controlar o atenuar el efecto perjudicial de algunos pensamientos negativos que nos producen malestar y que puede llegar a convertirse en un estado crónico (Azor 2017)

Esta técnica de la detención del pensamiento fue presentada por primera vez por Bain en 1928 en su libro El control del pensamiento en la vida cotidiana (Lozano Oyola Rubio Zarzuela & Perez San Gregorio 1999)

Para Lozano Oyola Rubio Zarzuela & Perez San Gregorio (999) la efectividad y uso reiterado de esta tecnica ha permitido que la misma adopte una multitud de variaciones sin embargo el procedimiento basico de la tecnica consiste en un primer paso que supone la identificacion de los pensamientos negativos o estresantes con el objetivo de reducir el estres y la ansiedad a los que estan sometido las personas

Azor (2017) describe los pasos a seguir en la aplicacion de la tecnica

- 1 Identificar que pensamientos o sensaciones negativas se quieren cortar Registrar la frecuencia de los pensamientos negativos molestos e incensarios Anotelos y describa brevemente su contenido
- 2 Establecer cual sera el estimulo de corte que se va a utilizar para detener el pensamiento Tiene dos componentes una palabra o frase muy personal por ejemplo 'Bueno pues' o 'Para' o 'Basta' y a la par se utiliza un estimulo aversivo que puede ser un pellizco o tensar una liga que tenga en la muñeca
- 3 Crear pensamientos positivos sustitutivos Anotar afirmaciones positivas alternativas al pensamiento que se desea evitar
- 4 Repetir y reemplazar Cerrar los ojos y pensar en el pensamiento negativo y reemplazar por uno positivo
- 5 Consideraciones importantes La efectividad de la tecnica depende de la consistencia en la practica hasta lograr el domino de la misma Es probable que los pensamientos no deseados se repitan durante los primeros dias del proceso

1 9 Desensibilizacion sistematica

La desensibilizacion sistematica (DS) es una tecnica muy utilizada en el tratamiento de los desordenes de ansiedad dirigida a reducir las respuestas ansiosas y las conductas motoras de evitacion ante determinados estímulos Wolpe es quien propone la aplicacion de esta tecnica, pionera en modificacion de conducta (Labrador 2008)

La teoria para esta tecnica indica que existen determinados estímulos que generan de forma automatica respuestas de ansiedad en la persona y busca que esos mismos estímulos

provoquen también de manera automática respuestas incompatibles con la ansiedad. De esta forma se impide el desarrollo de la ansiedad y la puesta en marcha de la evitación (Neria Monserrat)

Enseñar a los pacientes a relajar los músculos voluntarios durante una confrontación imaginaria con el estímulo del miedo es la idea central de la técnica (Neria Monserrat)

Los pasos del procedimiento a seguir en esta terapia se describen en Wolitzky Taylor Horowitz Powers & Telch (2010)

- Entrenamiento en la relajación progresiva de la musculatura aplicando los pasos de la Relajación Progresiva de Jacobson se ayuda a la persona a identificar los músculos en tensión para conseguir llevarlos hasta el estado de relajación. Con este proceso la persona logra discriminar los niveles de tensión y relajación de los distintos grupos musculares a través de los ejercicios de tensión/distensión
- Construcción de una jerarquía de miedos en este paso se ayuda a la persona a elaborar una jerarquía de exposición para ordenar los pasos que se irán dando en el acercamiento y manejo del estímulo o situación temida
- Desensibilización propiamente dicha que consistirá en repetidas presentaciones imaginarias del estímulo de miedo de forma gradual mientras el paciente se encuentra en una relajación muscular progresiva

Con esta técnica el paciente aprende una nueva asociación lo que anteriormente le provocaba miedo después le permite experimentar un estado de calma y tranquilidad inducido mediante la relajación muscular profunda

CAPITULO III

METODOLOGIA

1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La historia de la vida consagrada femenina se remonta a varios siglos con unas características que se han ido transmitiendo por generaciones. Este estilo de vida ha cuestionado y motivado a muchas mujeres de todo el mundo que lo han dejado todo para integrar una comunidad en la que como miembro de la iglesia católica sirven a los hermanos en un apostolado específico según el carisma de cada instituto religioso.

Algunos eligen según su carisma una comunidad que se dedique a trabajar en misiones dentro y fuera del país, cuidado de enfermos en casas, atención de niños y ancianos, pastoral carcelaria, impresos, librerías, catequesis, predicaciones, medio de comunicación social, música, televisión, atención a los inmigrantes, atención hospitalaria, visita a los hogares, orfanatos y comedores, hogares, escuelas y universidades, atención a prostitutas y drogadictos. Esta lista es tan larga según las necesidades que se han ido presentando a lo largo de la historia, teniendo en consideración que toda la ayuda que como Iglesia se le brinda a la persona está enmarcada dentro de la pastoral profeta, litúrgica y social.

Quien opta por este estado de vida lo hace en libertad y discerniendo la respuesta al llamado recibido por parte de Dios. Para esto es necesario el acompañamiento de un guía espiritual que la oriente y le indique pautas que la lleven a aclarar dudas y a decidirse por aquella congregación que se adecue a los carismas propios.

Una vez que se ingresa a la comunidad se da el choque entre la ilusión y la realidad. Se tiene la ilusión de que en la vida religiosa no hay problemas ni dificultades, pero la realidad es que como seres que se relacionan existen las diferencias y se hacen evidentes en la convivencia diaria y por lo tanto se pueden dar fricciones y roces que son superables o no según la madurez y actitud de cada persona.

Algunas de las formandas se adaptan con más facilidad que otras a unas les cuesta acostumbrarse y toman la decisión de retirarse, hay otro grupo que aunque continúe en la etapa de formación presentan comportamientos no adecuados al estilo de vida al que están aspirando, por lo que en los últimos meses de diversas comunidades religiosas se ha solicitado la intervención de una psicóloga para brindar atención a algunas jóvenes en la

etapa de formacion en la vida consagrada que presentan ciertas conductas que les dificulta la convivencia fraterna

Estos cambios conductuales en algunas han sido tan sorprendentes que les ha transformado su manera de relacionarse con sus hermanas de comunidad presentando desmotivacion perdida de alegria retraimiento insomnio irritabilidad y una serie de sintomas que no son propios dentro del estado de vida que han asumido

Dadas las manifestaciones observadas por las religiosas que conviven con las formandas no cabe duda de que muchas de las jovenes que han decidido ingresar a un instituto de vida consagrada presentan sintomas de ansiedad por lo que a traves de la presente investigacion se espera responder a la siguiente pregunta

¿Los sintomas de ansiedad clinicamente significativos en las formandas aspirantes a la vida consagrada disminuiran significativamente con la aplicacion de la terapia cognitivo conductual?

2 Justificacion

La Iglesia Catolica como institucion esta formada por hombres y mujeres con convicciones e ideales tan fuertes y arraigados que muchos han dado su vida o derramado su sangre en defensa de la fe que profesan otros se han entregado a vivir apartandose del mundo congregandose en comunidades con diferentes carismas y diversos apostolados

Desde el origen de la vida religiosa activa han surgido comunidades para dar respuesta a necesidades espirituales y materiales segun la epoca Es asi como vemos presencia de religiosos en diferentes ambitos de la sociedad

La gama de apostolados ha permitido que los religiosos en el mundo lleguen a lugares donde ninguna otra institucion hubiese llegado y el testimonio de sus vidas es la garantia de que quienes los vean realizando la mision en la vida activa o dedicandose a la oracion

en la vida contemplativa imiten ese estilo de vida entrando a formar parte de los institutos religiosos

Los cambios sociales que se han dado en todos los niveles e instancias han tocado también a la Iglesia Católica como institución a tal grado que comunidades religiosas que contaban con miles de miembros actualmente languidecen y otras que han surgido en épocas más recientes se están beneficiando con una gran cantidad de miembros debido a que nacen con los carismas actualizados según los signos de los tiempos

La sociedad ha cambiado los estilos de vida las tradiciones la forma de ver el mundo así como también los valores y estas transformaciones afectan a quienes sienten el llamado para formar parte de un instituto de vida religiosa

Hace más de 70 años las vocaciones religiosas venían de Europa para América actualmente esta realidad se ha invertido y en el continente americano se cuenta con gran número de sacerdotes y religiosas autóctonos que van a evangelizar a diferentes partes del mundo

Quiénes responden afirmativamente al llamado ingresan a la comunidad que los acepta con sus cualidades y aspectos personales por mejorar con la problemática interior que muchas veces aflora al enfrentarse con una realidad distinta a la acostumbrada

El ingreso de jóvenes a un instituto de vida consagrada con un mismo ideal pero con mentalidad diferente debido a la influencia de un ambiente familiar social económico y político ha ido forjando candidatos a la vida religiosa con una actitud crítica muy distinta a la acostumbrada

Se pensaba que los aspirantes a la vida religiosa eran personas que se caracterizaban por haber llevado una vida santa por estar en el mundo pero sin dejarse influenciar por este por ser diferentes a los demás en la vivencia en la caridad del servicio y de la entrega De

allí que cuando se observaba a una joven que no iba a fiestas no tomaba no tenía novio no se metía en problemas se decía que iba a ser monja

Los cambios mencionados han obligado a que se atiendan con mayor conciencia las diferencias individuales que se preste mayor atención a la cultura y que se respete a la persona permitiéndoles manifestarse como es y no según los estereotipos conocidos Esta nueva manera en que se está realizando la preparación de las formandas que aspiran a consagrarse ha dejado en evidencia los trastornos emocionales de algunas de ellas que en otras condiciones hubieran pasado inadvertidos

Para ingresar a la vida religiosa la persona debe sentir lo que se conoce como el llamado de Dios la respuesta es libre y personal y requiere compromiso responsabilidad madurez afectiva y efectiva para dar el paso que lo lleve a la donación de su persona sirviendo a Dios y a la Iglesia en una institución a la que se entregue mediante la vivencia de los consejos evangélicos

El mundo y sus atractivos mantiene como adormecidos a niños adolescentes y jóvenes el hedonismo la moda la música la tecnología todo esto mal utilizado ha creado un vacío existencial en algunas personas que da como resultado querer llenarlo con experiencias extremas que muchas veces lo lleva a terminar con su vida o a padecer de algunos trastornos emocionales

En contraste a estos jóvenes hay otros que deciden entregar su vida al servicio de sus hermanos ingresando a un instituto de vida consagrada Jóvenes producto de una sociedad con valores y anti valores que de una forma u otra los han afectado

La realidad de las jóvenes que ingresan a las comunidades religiosas ha sido condicionada por el estilo de vida y el ambiente en que se han desarrollado Esto se manifiesta a medida que va pasando el tiempo y que las exigencias propias del estilo de vida son mayores

Producto de una sociedad en la que las personas cada vez mas presentan ciertos trastornos emocionales las aspirantes a la vida religiosa tambien se ven envueltas en esa realidad que se manifiesta cuando inician una vida comun con un grupo de personas con exigencias y respuestas a hechos concretos

Es alli donde se manifiestan algunos sintomas que pueden terminar en trastornos emocionales si no reciben la debida atencion

No es raro ver a algunas de las aspirantes en sus primeras etapas de formacion (postulantado noviciado o juniorado) con tristeza alteraciones del sueño llanto perdida de apetito inseguridad desgano fatiga cefaleas sudores miedos dolores en el cuerpo Estos malestares en poco tiempo y a medida que se van acostumbrando al ambiente comunitario empiezan a desaparecer En los casos en que los sintomas persisten se hace necesario someter a la formanda a un tratamiento psicologico que la ayude a superarlos

3 Objetivos de la investigacion

3.1 Objetivos generales

- a Describir la sintomatologia de las formandas aspirantes a la vida religiosa con ansiedad
- b Planificar las sesiones de terapia cognitiva conductual para formandas aspirantes a la vida religiosa
- c Validar la efectividad de la terapia cognitivo conductual en la reduccion de los niveles de ansiedad en las formandas aspirantes a la vida religiosa

3.2 Objetivos especificos

- a Aplicar la terapia Cognitivo Conductual a las formandas aspirantes a la vida religiosa que presentan sintomas de ansiedad generalizada
- b Considerar las causas de la ansiedad generalizada en las formandas aspirantes a la vida religiosa consagrada

- c Proporcionar a las formandas aspirantes a la vida religiosa herramientas que puedan utilizar para disminuir sus niveles de ansiedad
- d Validar estadísticamente la efectividad de la terapia recibida

4 Hipotesis

4.1 Hipotesis conceptual

Las jóvenes formandas aspirantes a la vida religiosa que participen en el programa de psicoterapias cognitivo conductual presentarán mejora significativa en los niveles de ansiedad

4.2 Hipotesis estadística

H₀ La terapia cognitivo conductual no reducirá en las jóvenes formandas aspirantes a la vida religiosa los síntomas de ansiedad clínicamente significativos

H₁ La terapia cognitivo conductual reducirá en las jóvenes formandas aspirantes a la vida religiosa los síntomas de ansiedad clínicamente significativos

$$H_0 \quad X_1 = X_2$$

$$H_1 \quad X_1 \neq X_2$$

5 Variables

- a Variable independiente el proceso de intervención psicoterapéutico basado en el modelo cognitivo conductual
- b Variable dependiente ansiedad

6 Definición de las variables

a Definición conceptual de la variable independiente

forma de psicoterapia que integra las teorías de la cognición y el aprendizaje con técnicas de tratamiento derivadas de la Terapia Cognitiva y de la Terapia Conductual (APA American Psychological Association 2010)

La terapia cognitiva conductual es una forma de psicoterapia que ha sido comprobada científicamente como efectiva para una amplia variedad de desórdenes. Su núcleo teórico como derivación lógica de los postulados constructivistas es que no son los acontecimientos o situaciones las que causan sufrimiento (*emociones displacenteras*) sino lo que se piense respecto a los acontecimientos.

El terapeuta y el cliente trabajan juntos en equipo para identificar y resolver problemas mediante un método de descubrimientos guiados que ayuda al cliente a encontrar los pensamientos erróneos o distorsiones cognitivas que le causan un sufrimiento innecesario. Descubrimiento que le permite modificar su forma de pensar y consecuentemente hacer cambios en sus respuestas conductuales y emocionales (Mainieri Caropreso El modelo de terapia cognitiva conductual).

En los temas específicos de preocupación subyace un diálogo interno que al ser identificado es reemplazado por pensamientos más realistas.

La preocupación hace que la persona sobreestime la posibilidad de que ocurra algo negativo y se siente imposibilitado de poder enfrentarlo según sus capacidades.

El objetivo de la Terapia Cognitiva es corregir esos pensamientos distorsionados la persona también trabajara para cambiar sus creencias negativas sobre la preocupación en sí (Bourne 2015)

Bourne (2015) menciona que las creencias negativas hacen que el sujeto practique afirmaciones realistas de modo constante y con el tiempo las interioriza Cree que la preocupación lo va ayudar a evitar algo negativo también cree que podra evitar las creencias atemorizantes acerca de la preocupación en sí

En el caso de las formandas las creencias negativas estan relacionadas con la perseverancia en la vida consagrada la convivencia fraterna el cumplimiento de las actividades diarias salud y enfermedad vida familiar situaciones del pais de origen vivencias pasadas

Sí me enfermo no lograre ser religiosa Yo estoy viviendo bien y mi familia esta pasando trabajo No puedo hacer bien las cosas Estoy cansada debo estar enferma No soy capaz de responder a la vida fraterna Tal vez esta no es mi vocacion

b Definicion operacional de la variable independiente

Operacionalmente puede definirse esta variable como sesiones de trabajo de psicoterapia que se realizan dos (2) veces por semana individual y grupalmente para disminuir los sintomas de ansiedad

Este proceso esta estructurado en tres etapas

La primera etapa consta de cuatro sesiones en las que dada las características de la poblacion la terapeuta debera hacer el *rapport* para que la entrevista sea lo mas fluida posible y las aspirantes aclaren las dudas que tengan y esten dispuestas a realizar las terapias sin resistencia

El modelo aplicado consta de veinte (20) sesiones

- 3 sesiones de entrevista y aplicacion de prueba
- 1 sesion para la integracion de las formandas que aspiran a consagrarse
- 2 sesiones para aprender la tecnica de relajacion – respiracion
- 4 sesiones de reconstruccion cognitiva
- 1 sesion de tecnica de detencion del pensamiento
- 2 sesiones de afrontamiento de sus miedos
- 2 sesiones de tecnica de solucion de problemas
- 1 sesion de tecnica de dramatizacion
- 4 sesiones de seguimiento

c Definicion conceptual de la variable dependiente

Ansiedad emoci3n que se caracteriza por la aprensi3n y sintomas somaticos de tension en que un individuo anticipa un peligro catastrofe o desgracia inminente Se considera una respuesta desproporcionada a una amenaza vaga y no identificada (APA American Psychological Association 2010)

En Bourne (2015) se se1ala que el foco de la ansiedad es mas interno que externo Considera que es el resultado a un peligro inexistente lejano o incluso no reconocido

La ansiedad afecta a la totalidad del individuo Es una reacci3n fisiologica conductual y psicologica todo a la vez A nivel corporal se pueden incluir reacciones como taquicardia tension muscular inquietud boca seca sudoraci3n A nivel conductual puede sabotear la capacidad del individuo de actuar expresarse o lidiar con ciertas situaciones cotidianas En su forma mas extrema puede provocar que el individuo se sienta separado de si mismo e incluso que tema morir o volverse loco (Bourne 2015)

Es una realidad que la ansiedad puede afectar a la persona fisiológica conductual y psicológicamente y que tiene grandes implicaciones cuando se debe iniciar un proceso de recuperación (Bourne 2015)

El programa para tratar el trastorno de ansiedad de acuerdo a Bourne (2015) debe constar de tres niveles para que se logren los efectos

- Reducir la reactividad fisiológica
- Erradicar las conductas de evitación
- Cambiar las interpretaciones subjetivas (diálogo interior) que perpetúan el estado de preocupación y de aprensión

La ansiedad se puede presentar con diferentes niveles de intensidad y distintas formas. Puede ir desde algo poco grave como una punzada de inquietud o tan grave como un ataque de pánico. Puede haber *ansiedad flotante* cuando no está relacionada con ninguna situación en particular, es decir, viene de la nada.

Cuando se experimenta solamente ansiedad como respuesta a una situación específica, se le denomina *situacional o fóbica*. Se puede distinguir la ansiedad situacional del miedo cotidiano porque esta tiende a ser desproporcionada o no guarda relación con la realidad.

d Definición operacional de la variable dependiente

La ansiedad será evaluada mediante el Inventario de Ansiedad Rasgo y Estado (IDARE) Anexo 1 (Spielberger & Díaz Guerrero 1975)

El Inventario de Spielberger y Díaz Guerrero fue construido para la medición de la ansiedad en población normal y clínica y consta de dos escalas de autoevaluación que miden dos dimensiones de la ansiedad: Ansiedad Rasgo y Ansiedad Estado.

Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo sin embargo, cuando la ansiedad se presenta como una diferencia individual

relativamente estable se constituye como rasgo de la personalidad. El objetivo de esta escala es medir dos dimensiones de ansiedad: Estado (se refiere a como se siente el sujeto en ese momento) y Rasgo (como se siente generalmente).

La escala A Rasgo del Inventario de ansiedad consta de veinte afirmaciones en las que se pide a los examinados describir como se sienten generalmente. La escala B Estado también consta de 20 afirmaciones pero las instrucciones requieren que los sujetos indiquen como se sienten en un momento dado.

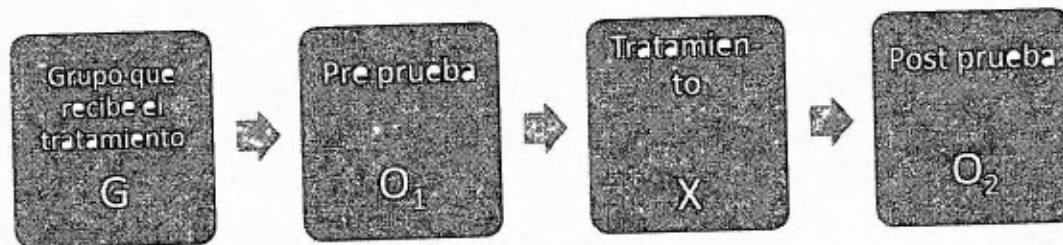
La escala A Estado es un indicador sensible del nivel de ansiedad transitoria experimentada por pacientes en orientación psicoterapia terapeutica del comportamiento o en los pabellones psiquiatricos. Es auto aplicable. El tiempo de aplicacion es de 15 a 25 minutos (Pruebas psicometricas Vesalius 2017).

7 Diseño de investigacion

Diseño cuasi experimental con pre y post prueba con un solo grupo en el que se evaluara la efectividad del procedimiento psicoterapeutico aplicado (Sampieri Collado & Baptista 1998).

Figura N° 2

Diseño de investigacion



G se refiere a las formandas aspirantes a la vida consagrada

O₁ representa la primera medicion realizada a las formandas aspirantes (pre prueba)

X representa el tratamiento o intervencion (Terapia Cognitivo Conductual)

O₂ representa la segunda medicion realizada al grupo experimental (post prueba)

8 Diseño estadístico

Los resultados serán analizados a través de estadística descriptiva e inferencial. Serán sometidos a prueba de hipótesis mediante la *t* de Student con un alfa (α) de 0.05 para determinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes de la pre prueba y la post prueba de cada caso.

9 Población y muestra

9.1 Población

Son las aspirantes formandas de las comunidades religiosas que buscaron atención psicológica por presentar problemas relacionados con el cumplimiento de las exigencias del estado de vida de cada instituto y cuya conducta afectaba negativamente la vida comunitaria.

9.2 Muestra

Se trataron 18 aspirantes formandas de las comunidades religiosas de las cuales se seleccionaron 10 que presentaban síntomas de ansiedad clínicamente significativos al momento de realizar la investigación y que cumplían con los criterios de inclusión.

9.3 Criterios de inclusión

- Tener de 18 a 30 años
- Estar en la etapa de formación en la vida consagrada
- Que sus formadoras hayan observado en ellas comportamientos que afecten negativamente la convivencia fraterna
- Disponibilidad para participar en las sesiones
- No estar medicada por una condición emocional

9.4 Criterios de exclusion

- Ser menor de 18 o mayor de 30 años
- No estar en la etapa de formacion en la vida consagrada
- Que sus formadoras no hayan observado en ellas comportamientos que afecten negativamente la convivencia fraterna
- No tener disponibilidad para participar en las sesiones
- Tener algun tipo de medicacion o atencion psicoterapeutica

10 Instrumentos de medicion y evaluacion

- IDARE Inventario de Ansiedad Estado y Rasgo (STAI) es un instrumento psicometrico creado para medir dos dimensiones de la ansiedad Ansiedad Estado y Ansiedad rasgo (Spielberger & Diaz Guerrero 1975)

Consta de 40 items el cual se subdivide en 20 items para la escala que mide Ansiedad Rasgo estos describen como se siente el sujeto generalmente y 20 afirmaciones que describen como se siente el sujeto en un momento dado esto ultimo para medir Ansiedad Estado

La escala A Rasgo describe como se sienten generalmente las personas ante situaciones de estres ambiental Mide la propension a la ansiedad la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes_

La escala A Estado medida en esta investigacion describe como se sienten las personas en situaciones especificas de presion ambiental Mide el nivel de ansiedad transitorio experimentado en una situacion determinada ademas evalua los sentimientos de tension nerviosismo preocupacion y aprehension que experimenta el sujeto

En esta investigación no se utilizó la medición de la ansiedad como rasgo (formada a lo largo de su historia vital) por lo que según Spielberger & Díaz Guerrero se corresponde con un modo de actuar típico ante las situaciones desfavorables y en cierto modo amenazantes

La puntuación varía desde una mínima de 20 hasta una puntuación máxima de 80 tanto en la escala A Estado como en la escala A Rasgo

En algunas versiones al español, no existen puntos de corte propuestos sino que las puntuaciones directas que se obtienen se transforman en centiles en función del sexo y la edad

Los reactivos positivos y directos para la ansiedad en la escala de ansiedad estado son 3 4 6 7 9 12 13 14 17 y 18

Los negativos e invertidos son 1 2 5 8 10 11 15 16 19 y 20

En la escala ansiedad rasgo los ítems positivos y directos son 22 23 24 25 28 29 31 32 34 35 37 38 y 40

Los negativos e invertidos son 21 26 27 30 33 36 y 39

Para obtener la puntuación del sujeto en cada una de las escalas se utilizaron los parámetros siguientes

Ansiedad – Estado

$$\sum RP - \sum RN + 50 = AE$$

Ansiedad Rasgo

$$\sum RP - \sum RN + 35 = AR$$

RP Reactivos positivos

RN Reactivos negativos

Una vez obtenida la puntuacion requerida se lleva a la siguiente escala

Nivel de ansiedad

- Baja (menos de 30 puntos)
- Media (30 44 puntos)
- Alta (mas de 44 puntos)

11 Entrevista clinica

En psicoterapia la entrevista tiene todas o alguna de las siguientes metas con el cliente establecer una relacion positiva escuchar el problema descrito en sus propias palabras hacer un diagnostico tentativo y plantear un plan de pruebas diagnosticas o posible tratamiento (APA American Psychological Association 2010)

En esta investigacion se aplico a las pacientes una entrevista semi estructurada diseñada para cubrir algunos aspectos especificos que desea conocer el terapeuta pero al mismo tiempo le da la posibilidad de hacer preguntas sobre puntos que necesiten aclararse (APA American Psychological Association 2010)

12 Limitaciones de la investigacion

- La distancia existente entre las instalaciones de los institutos de vida consagrada y el lugar de residencia de la terapeuta
- Accidentes de camino el mucho trafico y las lluvias que evitaba que las sesiones se iniciaran a la hora fijada

13 Procedimiento estadístico

Las formandas para la vida religiosa pasan por un periodo de formación de tres años durante el cual ellas y sus formadoras o maestras deciden si tienen las características propias para vivir en fraternidad siguiendo los consejos evangélicos. Quienes no sean capaces de asumir el estilo de vida consagrada en esta etapa puede libremente abandonar el instituto.

La convivencia fraterna, la docilidad, la disponibilidad, el diálogo son algunas de las características que deben tener las pacientes.

Para este trabajo de investigación las formadoras de diferentes comunidades sin haberse puesto de acuerdo buscaron ayuda psicológica para atender a ciertas formandas que teniendo el deseo y la vocación para ser religiosa estaban presentando síntomas que requerían ayuda profesional. Es así como se forma un grupo del cual se eligen las 10 jóvenes que presentaban síntomas de ansiedad clínicamente significativos que estaban afectando la convivencia fraterna.

Se explicó a las participantes el propósito de la investigación, se les solicitó firmar el consentimiento informado, se garantizó la confidencialidad y se aplicó el Inventario Autovaloración IDARE para medir el nivel de Ansiedad Estado Rasgo de cada una de las participantes antes y después del tratamiento.

Para el análisis estadístico se utilizó la prueba t de Student para muestras relacionadas de un solo grupo. Esta prueba se utiliza cuando existen dos condiciones experimentales (pre prueba y post prueba) y las mismas personas participaron en ambas condiciones (González Betanzos, Escoto Ponce de León & Chávez López, 2017).

Se establece un nivel de significancia de 0.05, el cual implica que se tiene un nivel de 95% de seguridad para generalizar sin equivocarse, y solo 5% en contra. En términos de

probabilidad se traduce en 0.95 y 0.05 respectivamente (Sampieri Collado & Baptista 1998)

En esta investigación los cálculos estadísticos fueron procesados mediante la opción Análisis de Datos de Excel MO Professional Plus 2013 para Windows 2010

El programa aplicado como tratamiento está compuesto por veinte (20) sesiones distribuidas de la siguiente manera

- 3 sesiones de entrevista y aplicación de prueba
- 1 sesión para la integración de las formandas que aspiran a consagrarse
- 2 sesiones para aprender la técnica de relajación – respiración
- 4 sesiones de reconstrucción cognitiva
- 1 sesión de técnica de detención del pensamiento
- 2 sesiones de afrontamiento de sus miedos
- 2 sesiones de técnica de solución de problemas
- 1 sesión de técnica de dramatización
- 4 sesiones de seguimiento

Las primeras 3 sesiones se realizaron de manera individual las 13 sesiones siguientes de forma grupal y las 4 últimas sesiones de seguimiento fueron individuales

La frecuencia de las sesiones fue de dos veces por semana con una duración entre 50 y 60 minutos

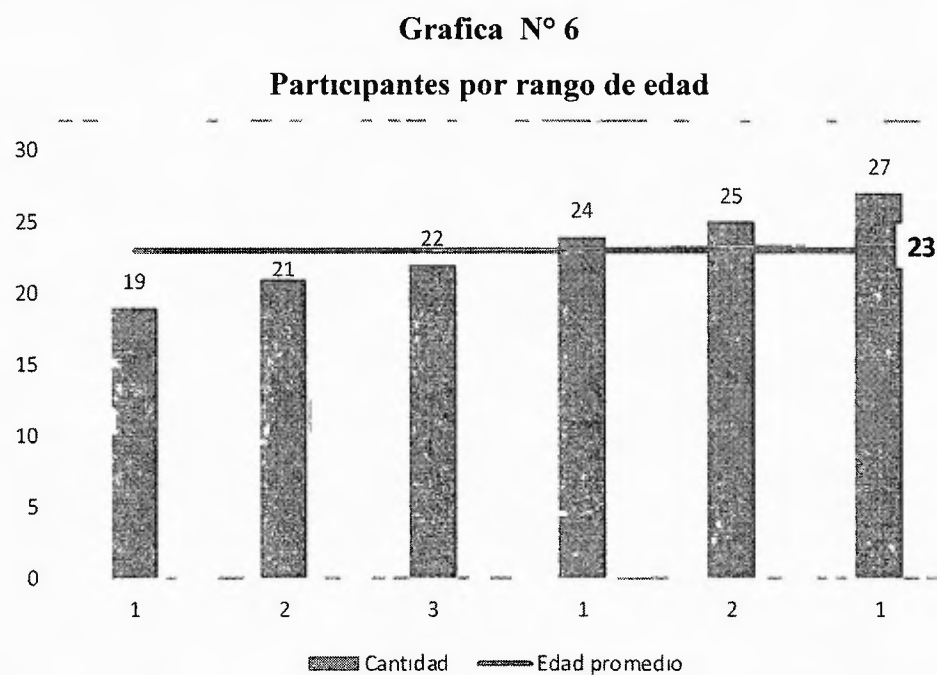
La prueba aplicada para medir los niveles de ansiedad fue el Inventario Autovaloración IDARE. Esta prueba fue aplicada en la última sesión individual antes de iniciar las sesiones grupales y al finalizar la jornada de sesiones con el objetivo de medir la efectividad de la intervención para reducir los niveles de ansiedad de las participantes

14 Resultado y analisis

Los cuadros y graficas presentados a continuacion reflejan por un lado la situacion general de las participantes en el programa asi como los resultados del grado de efectividad del programa de intervencion para reducir los niveles de Ansiedad Estado

- 14 1 Analisis de datos socio demograficos de la muestra

En esta primera seccion se describen datos generales de las participantes que aunque no forman parte de los objetivos y variables de analisis es importante conocerlos para tener una vision mas amplia de la muestra



Fuente Datos obtenidos de las entrevistas individuales a las formadas aspirantes a la vida consagrada

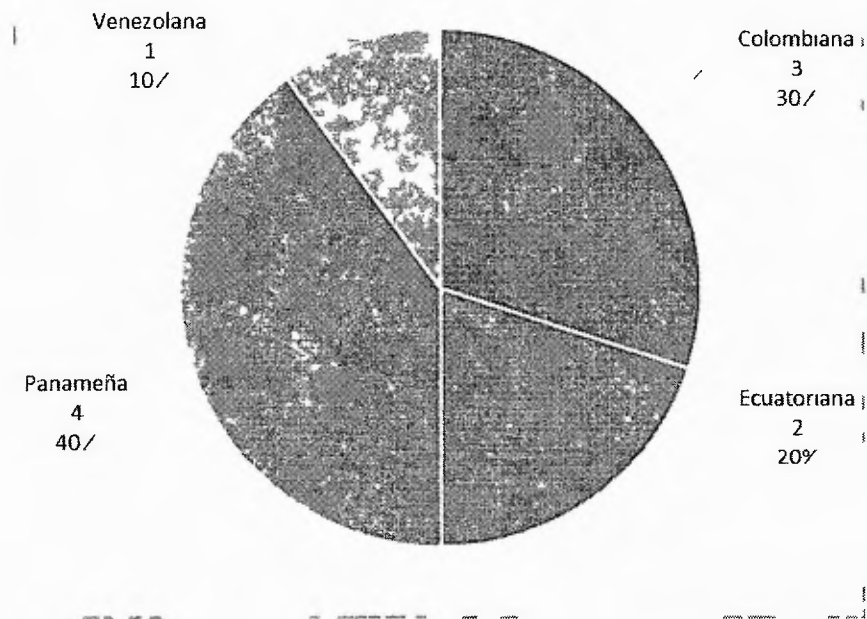
En la grafica N° 6 se observa la distribucion etaria de las pacientes Son mujeres que segun el rango de edad aprobado por el codigo de Derecho Canonico han optado por un estilo de

vida consagrada dentro de una institucion religiosa asumiendo las exigencias de esta etapa de formacion

El rango de edad de las pacientes va desde los 19 hasta los 27 años siendo 23 años la edad promedio

En la edad en que muchas jovenes estan aspirando a concluir una carrera universitaria o conseguir un empleo este grupo de mujeres decide marcar la diferencia optando por un estilo de vida de servicio y compromiso

Grafica N° 7
Distribucion por pais de origen de las formandas

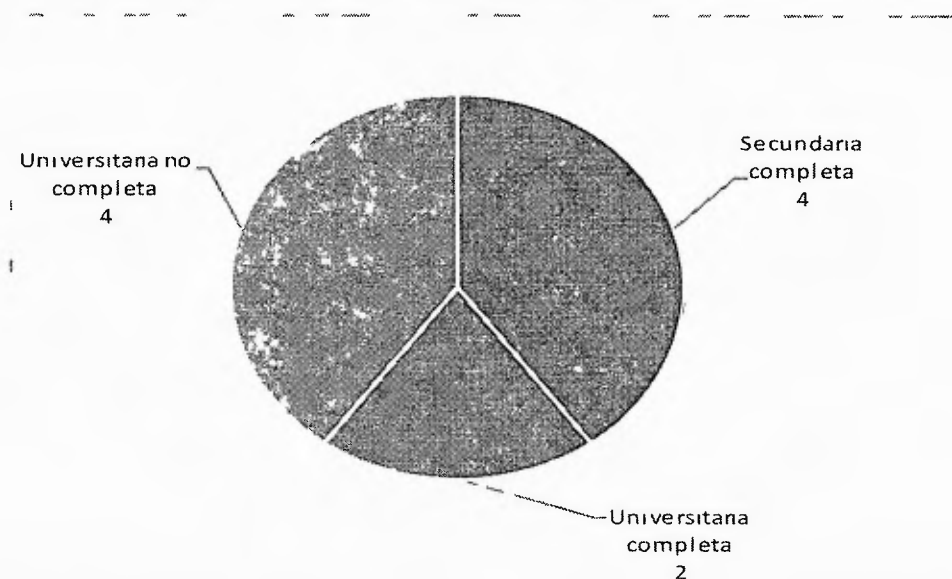


Fuente Datos obtenidos de las entrevistas individuales a las formandas aspirantes a la vida consagrada

El lugar de procedencia de las formandas es de cuatro paises siendo las panameñas las de mayor presencia en esta muestra seguida por las colombianas

El hecho de estar fuera de su país de origen no es fuente de ansiedad para las formandas. Se exceptúa el caso de la formanda de Venezuela que como se reflejara más adelante producto de la situación que se vive en dicho país mantuvo niveles altos de Ansiedad Estado antes y después del tratamiento.

Grafica N° 8
Distribución de las formandas de acuerdo al nivel educativo alcanzado



Fuente: Datos obtenidos de las entrevistas individuales a las formandas aspirantes a la vida consagrada.

Las pacientes tienen un nivel de escolaridad de secundaria completa y universidad sin discapacidad ni problemas cognitivos, característica indispensable para poder interactuar y evangelizar según el apostolado propio de cada comunidad.

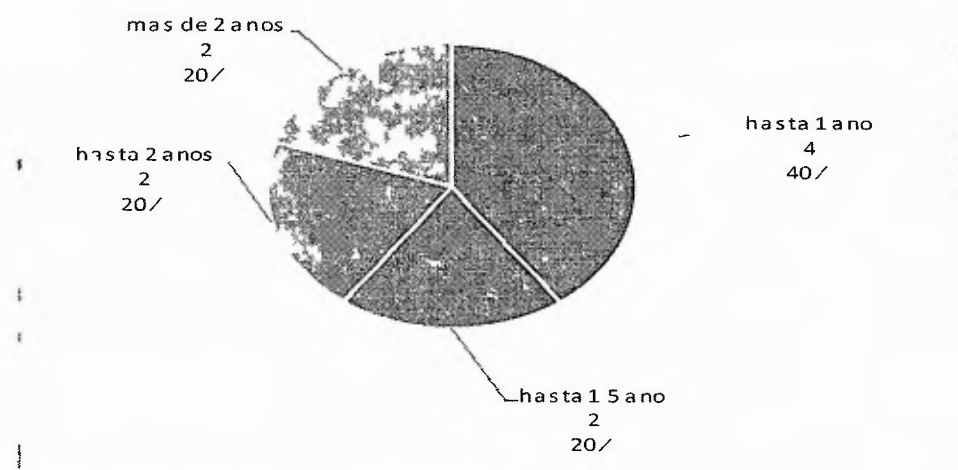
El no haber iniciado o culminado la universidad no es relevante ya que una vez culminado este primer periodo de formación en la vida consagrada se continúa con la adquisición de un título universitario que le brinde las herramientas para desenvolverse mejor en el ambiente donde le corresponda misionar.

En la grafica N° 9 se puede observar el tiempo de formacion transcurrido para estas jovenes El mayor porcentaje de las mismas 60% tiene mas de un año de haber ingresado a formar parte de un instituto religioso

Las dos pacientes que tienen mayor tiempo de formacion son la venezolana y una panameña Los resultados luego de la intervencion muestran una reduccion del nivel de Ansiedad Estado de la panameña mas no así de la venezolana que aunque los numeros reflejan una variacion por la situacion tensa que vive su pais se mantiene en un constante estado de angustia al pensar en sus familiares

Grafica N° 9

Distribucion de las formandas de acuerdo al tiempo de formacion



Fuente Datos obtenidos de las entrevistas individuales a las formandas

14.2 Analisis de datos de pre prueba y post prueba aplicados a la muestra

Mediante el modelo de analisis estadistico se busca lograr los siguientes objetivos

Evaluar el efecto que tuvo el tratamiento aplicado en las aspirantes formandas que deciden vivir un estilo de vida consagrada y forman parte de este programa

Proporcionar a las formadas herramientas que las ayuden a manejar los niveles de Ansiedad Estado y de esta forma sentirse mejor con ellas mismas y optimizar la convivencia fraterna con sus hermanas de comunidad

Tener la posibilidad de presentar el programa confeccionado a los institutos de vida religiosa para que pueda ser aplicado a todas aquellas jovenes que al estar en su programa de formacion presenten niveles de ansiedad significativos relacionados con el cumplimiento de las actividades diarias

El cuadro N° 3 presenta los datos obtenidos de la medicion de la Ansiedad Estado (de acuerdo al Inventario de Autovaloracion IDARE) para cada una de las pacientes antes y despues de la aplicacion del tratamiento

Como se puede observar se aplicaron ambos cuestionarios tanto el de Ansiedad Estado como el de Ansiedad Rasgo Para este estudio solo se analizaron los valores del Ansiedad Estado

Cuadro N° 3
Valores de pre y post prueba de cada formanda obtenidos con el inventario de autovaloracion IDARE

Formanda N°1	Ansiedad como	Pre Prueba	Post Prueba	Variacion porcentual
	Estado	51	30	41%
	Rasgo	28	25	11%
Formanda N°2	Ansiedad como	Pre Prueba	Post Prueba	Variacion porcentual
	Estado	50	29	42%
	Rasgo	35	34	3%
Formanda N°3	Ansiedad como	Pre Prueba	Post Prueba	Variacion porcentual
	Estado	46	28	39%
	Rasgo	30	29	3%
Formanda N°4	Ansiedad como	Pre Prueba	Post Prueba	Variacion porcentual
	Estado	68	60	12%
	Rasgo	71	63	11%

Formanda N°5	Ansiedad como	Pre Prueba	Post Prueba	Variacion porcentual
	Estado	70	55	21%
	Rasgo	60	54	10%

Formanda N°6	Ansiedad como	Pre Prueba	Post Prueba	Variacion porcentual
	Estado	54	30	44%
	Rasgo	31	28	10%

Formanda N°7	Ansiedad como	Pre Prueba	Post Prueba	Variacion porcentual
	Estado	49	35	29%
	Rasgo	29	27	7%

Formanda N°8	Ansiedad como	Pre Prueba	Post Prueba	Variacion porcentual
	Estado	52	33	37%
	Rasgo	35	31	11%

Formanda N°9	Ansiedad como	Pre Prueba	Post Prueba	Variacion porcentual
	Estado	56	31	45%
	Rasgo	25	22	12%

Formanda N°10	Ansiedad como	Pre Prueba	Post Prueba	Variacion porcentual
	Estado	58	28	52%
	Rasgo	37	32	14%

Fuente Datos obtenidos del Inventario de Autovaloracion IDARE aplicado a las formandas aspirantes a la vida consagrada

14 2 Analisis de cada caso

Caso 1

	Ansiedad como	Pre Prueba	Post Prueba	Variacion porcentual
Formanda N°1	Estado	51	30	41%
	Rasgo	28	25	11%

La ansiedad como estado disminuyo hasta el rango de ansiedad normal Durante el desarrollo de las sesiones de reconstrucción cognitiva la formanda logro identificar que sus pensamientos sobre la condenación se debían a que tomó literalmente las palabras de la formadora entendiendo como una realidad algo que se había dicho como una metáfora

El cumplimiento de las tareas logro el objetivo ya que la formanda pudo identificar que su angustia estaba relacionada con lo que había escuchado de las prácticas que hacía su abuelo antes de morir El diálogo socrático y las tareas le permitieron concluir que no es posible cambiar el pasado por lo que dados sus conocimientos del amor misericordioso de Dios se propuso elevar oraciones por el eterno descanso del alma de su abuelo Por momentos le llegan pensamientos sobre diferentes temas que le causan tensión pero ella dice saber como manejarlos para no perder la paz

Caso 2

	Ansiedad como	Pre Prueba	Post Prueba	Variación porcentual
Formanda N°2	Estado	50	29	42%
	Rasgo	35	34	3%

Con relación a la pre prueba y a la post prueba la Ansiedad Estado en esta paciente bajo hasta el rango normal

El reconocer que realmente no ha estado haciendo su mejor esfuerzo para realizar las diversas actividades y que era notorio el desinterés en el cumplimiento de sus labores la hizo recapacitar en que estaba a punto de echar a perder su ideal de vida

Las tareas la ayudaron a revisar su vida y a prestarle atención a pequeños detalles que le estaban pasando inadvertidos a ella pero que eran evidentes para las demás

Sonríe con mayor frecuencia se integra con más rapidez a las actividades grupales el cansancio aunque aún lo siente ya no es motivo de preocupación

Desde que hizo la dinamica rompe hielo empezo a darse cuenta de que lo que la mantenía distraída y a distancia era motivado por ella misma por la forma de ver su entorno no por sus hermanas de comunidad y que evitaba tomar decisiones porque no queria que la vieran como una persona demasiado independiente

Analisis Caso 3

	Ansiedad como	Pre Prueba	Post Prueba	Variacion porcentual
Formanda N°3	Estado	46	28	39%
	Rasgo	30	29	3%

Las pruebas realizadas antes y despues de las terapias si muestran diferencias que dejan en evidencia la variacion de la Ansiedad Estado Las terapias grupales en las que la paciente compartio con pacientes de otros institutos escucho sus aportes y avances la ayudaron a situarse en la realidad de sus problemas La ejecucion de las tareas asignadas fue fundamental para tomar conciencia y aceptar que eran sus pensamientos los causantes de su malestar

El darse cuenta de que los roles con sus hermanas de fraternidad las diferencias en la convivencia fraterna, la autoridad de su formadora hicieron que sus temores infantiles se manifestaran llevandola al estado de ansiedad en que se encontraba el cual era proyectado hacia la problematica paterna

La paciente acepto que sus sueños y preocupaciones no se realizarian por la separacion geografica y que como persona de fe su confianza estaba en Dios Empezo a hacer mas oraciones por su familia abandonandola en manos de Dios

Analisis Caso 4

	Ansiedad como	Pre Prueba	Post Prueba	Variacion porcentual
Formanda N°4	Estado	68	60	12%
	Rasgo	71	63	11%

El resultado de la pre prueba deja en evidencia que la formanda tiene un alto grado de Ansiedad Estado El efecto positivo de la intervencion realizada con las dinamicas los ejercicios y las tareas se vio reflejado en la disminucion de la ansiedad como estado al aplicarse la post prueba y reflejar ocho puntos menos en el rango de medicion

Los ejercicios de respiracion y relajacion ayudaron a controlar el nivel de ansiedad y conciliar mejor el sueño Este estado de mayor tranquilidad y relajacion permitio que la formanda pudiera analizar con serenidad su problematica y aceptar que cuando regrese a la casa de sus padres ya no tendra estos episodios de ansiedad que la acompañaron durante los ultimos meses

Las actividades en grupo y tareas asignadas la ayudaron a aceptar la idea de abandonar la vida religiosa y volver a la vida laica

Analisis Caso 5

	Ansiedad como	Pre Prueba	Post Prueba	Variacion porcentual
Formanda N 5	Estado	70	55	21%
	Rasgo	60	54	10%

La comparacion entre los resultados de la pre prueba y la post prueba presentaron una variacion de quince puntos en aspecto Ansiedad Estado

La preocupacion por lo que ella considera una realidad debido a lo que escucha en las noticias aumenta su ansiedad y aunque practica los ejercicios de relajacion y cumple con la ejecucion de las tareas ella es consciente que la situacion de su pais no ha cambiado

Se motiva interiormente por medio de los reforzamientos positivos y su tension disminuye pero tan pronto se descuida continua con la preocupacion que le produce el creer que la familia esta en malas condiciones y que en cualquier momento puede recibir una mala noticia

Analisis Caso 6

	Ansiedad como	Pre Prueba	Post Prueba	Variacion porcentual
Formanda N°6	Estado	54	30	44%
	Rasgo	31	28	10%

El resultado de la pre prueba y la post prueba presento una variacion de catorce puntos en la ansiedad como estado quedando nuestra paciente en un estado de ansiedad bajo

El uso y practica de herramientas como la detencion de pensamientos y la relajacion en los momentos en que se presentaban situaciones que le provocaban ansiedad la ayudaron a centrarse mas en aspectos positivos de su vida asi como percatarse que ella misma mantenía un dialogo interno que la llevaban a seguir pensando eventos negativos una y otra vez

La tecnica del Lugar Seguro a la hora de descanso y la practica en las noches de los ejercicios de relajacion le permitieron dormir mejor y sentirse mas descansada durante el dia por lo que pudo controlar mejor su estado de animo irritable

La paciente manifesto que de haber tenido las herramientas actuales (las aprendidas y practicadas durante la intervencion) cuando ingreso a la congregacion hubiera podido manejar mejor las situaciones que se le presentaron y no hubiera alcanzado el grado de malestar que la llevaron a sentirse ansiosa

Analisis Caso 7

	Ansiedad como	Pre Prueba	Post Prueba	Variacion porcentual
Formanda N°7	Estado	49	35	29%
	Rasgo	29	27	7%

Los resultados obtenidos en la pre prueba y en la post prueba muestran una diferencia de 49 a 35 en la ansiedad como estado esta variacion porcentual del 29% situa a la paciente en estado de ansiedad normal

La practica de los ejercicios de relajacion y los encuentros en las sesiones grupales con las otras pacientes la motivaron a ejecutar las tareas asignadas que en un principio no queria realizar porque consideraba que no eran importantes ni necesarias

En la medida en que fue identificando sus ideas erroneas y fue contrarrestandolas con afirmaciones positivas fue evidenciando que la aparente preocupacion por su familia era una preocupacion que ella no habia reconocido por la situacion que estaba viviendo con las otras formandas de su congregacion Sentia que los problemas de convivencia que se habian suscitados la superaban y creia que la forma de evadirlo era volver a casa

Al quedar esto en evidencia supo hacia donde orientar y utilizar las herramientas adquiridas durante el desarrollo de las terapias

Analisis Caso 8

	Ansiedad como	Pre Prueba	Post Prueba	Variacion porcentual
Formanda N°8	Estado	52	33	37%
	Rasgo	35	31	11%

Los resultados de la pre prueba y la post prueba en la Ansiedad Estado marco una diferencia que situa a la formanda en una ansiedad media con la que se puede vivir sin que su vida cotidiana sea afectada significativamente

La formanda realizaba los ejercicios de relajacion cuando se despertaba en las noches y esta practica le permitia volver a conciliar el sueño con mayor rapidez este descansar mejor le ha permitido estar mas relajada y menos cansada

En la medida en que fue controlando sus pensamientos y practicando los diversos ejercicios y tareas asignados logro mejor su relacion fraterna

Analisis Caso 9

	Ansiedad como	Pre Prueba	Post Prueba	Variacion porcentual
Formanda N°9	Estado	56	31	45%
	Rasgo	25	22	12%

La Ansiedad Estado bajo de 56 en la pre prueba a 31 en la post prueba ubicando a la paciente dentro del rango de ansiedad media

Las actividades realizadas en las sesiones grupales la volvió a motivar para luchar por su vocación. Las tareas asignadas para realizar en casa la ayudaron a reflexionar sobre el porque de su miedo cuando solo en su imaginación se había hecho una película de algo que no le habían dicho. Logro identificar que la maestra no había hablado de mandarla de regreso a su casa sino que ella se proyectó al futuro imaginándose situaciones que por el momento no se habían presentado.

Logro establecer una mejor comunicación con su formadora y atender el tema de su alergia y salida del Instituto. En ese diálogo se percato de que en ningún momento se había pensado mandarla a su casa por la enfermedad. En ese diálogo abierto y franco pudo darse cuenta del porque de sus alergias esto le permitió evitar el uso de algunos productos a los que era alérgica.

Analisis Caso 10

	Ansiedad como	Pre Prueba	Post Prueba	Variacion porcentual
Formanda N°10	Estado	58	28	52%
	Rasgo	37	32	14%

La paciente reflejó un nivel de Ansiedad Estado bajo en comparación con los resultados obtenidos en la pre prueba.

Las actividades asignadas para realizar en casa la ayudaron a identificar lo que era realmente importante para ella. Logra identificar que le estaba dando importancia a situaciones y eventos que se habían convertido en temas de preocupación solo para ella. Le

permitio aceptar que la familia no la señalaban como irresponsable por haber dejado inconclusa algunas actividades iniciadas para entrar al convento ademas de aceptar que con la actitud asumida no iba a resolver ni cambiar las decisiones tomadas en el pasado como es el caso de volver al extranjero a estudiar

Los pensamientos sobre el mal ejemplo a sus hermanas aunque los ha controlado aun persisten solo que ahora piensa que hay que dejar que el tiempo pase y vivir un solo dia a la vez sin necesidad de adelantarse

Acepto que es importante que ella haga lo que le gusta y que no debe hacer las cosas por lo que ella piensa que los demas esperan

La paciente manifiesta que desde que empezo a practicar los ejercicios de relajacion empezo a sentirse menos tensa e incluso la convivencia fraterna le resulta mas agradable

14.3 Analisis de validacion de hipotesis

Cuadro N° 4

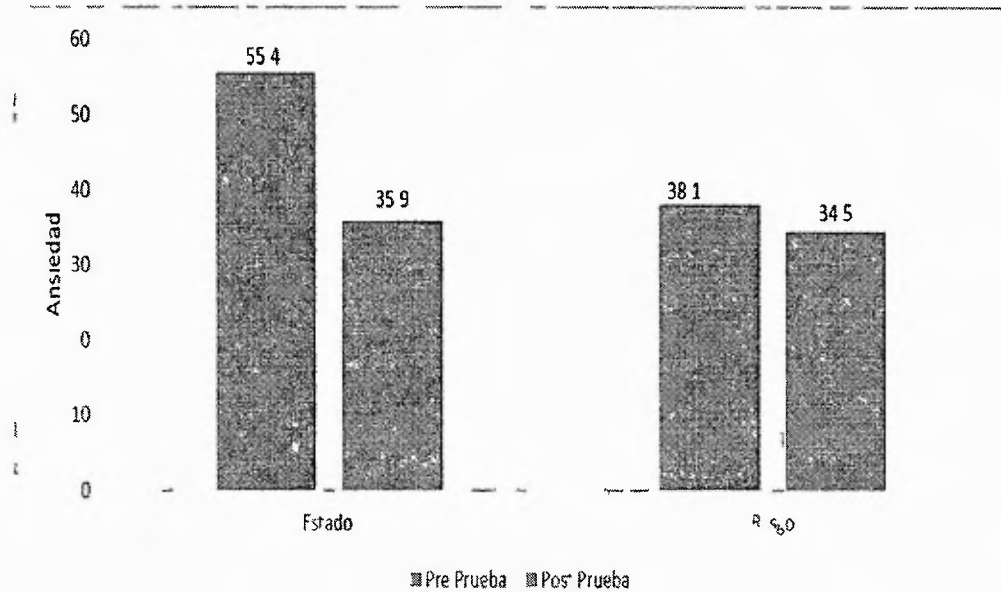
Valores promedio para la Ansiedad Estado de todas las formandas pre y post prueba

	Ansiedad como	Pre Prueba	Post Prueba	Variacion porcentual
Todas las formandas	Estado	55.4	35.9	35%
	Rasgo	38.1	34.5	9%

Fuente: Datos obtenidos del Inventario de Autovaloracion IDARE aplicado a las formandas

El resultado de la post prueba deja de manifiesto que la Ansiedad Estado disminuyo significativamente en las formandas aspirantes a la vida religiosa 30% en un rango de Ansiedad Estado baja 50% en un rango de Ansiedad Estado media y el 20% en un rango de Ansiedad Estado alto

Grafica N° 10
Valores promedios para la Ansiedad Estado
Pre y post prueba



Fuente Datos obtenidos del Inventario de Autovaloración IDARE aplicado a las formandas

Validar la significancia de esta diferencia permite tener una visión más objetiva de la dirección de los resultados en este caso de la efectividad del tratamiento

Para esta validación presentamos los resultados obtenidos de la t student (Cuadro N° 5) mediante la opción Análisis de Datos de Excel para evaluar si los datos de la pre prueba y los datos de la post prueba difieren entre sí de manera significativa respecto a sus medidas (Sampieri Collado & Baptista 1998)

Cuadro N° 5
Calculo t Student para Ansiedad Estado

	<i>Pre Test</i>	<i>Post Test</i>
Media	55.4	35.9
Varianza	63.3777778	135.655556
Observaciones	10	10
Coeficiente de correlacion de Pearson	0.86326453	
Diferencia hipotetica de las medias	0	
Grados de libertad	9	
Estadistico t	9.88124926	
P(T<=t) una cola	1.976E-06	
Valor critico de t (una cola)	1.83311293	
P(T<=t) dos colas	3.952E-06	
Valor critico de t (dos colas)	2.26215716	

Fuente: Datos obtenidos del Inventario de Autovaloracion IDARE aplicado a las formandas aspirantes a la vida consagrada.

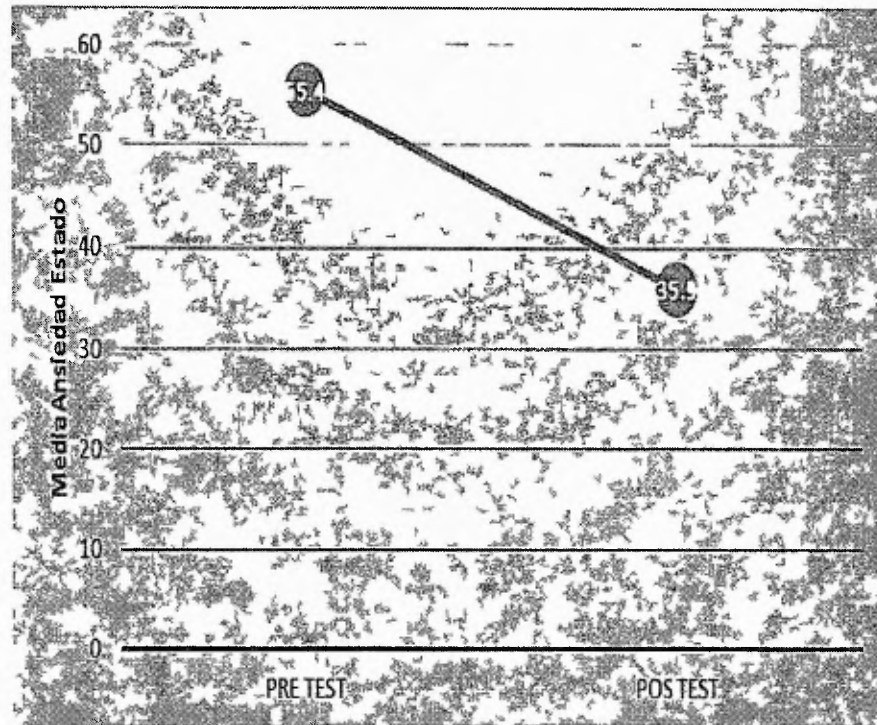
Los datos obtenidos en el cuadro N° 5 permiten dar respuesta al problema de investigacion ¿Los sintomas de ansiedad clinicamente significativos en las mujeres aspirantes a la vida consagrada disminuiran significativamente con la aplicacion de la terapia cognitivo conductual?

En cuanto a la efectividad de la terapia cognitivo conductual para modificar los niveles de Ansiedad Estado en el grupo de las pacientes se encontraron diferencias en el nivel de Ansiedad antes y despues de la prueba

El valor de P calculado es menor que $\alpha=0.05$ por lo que se puede rechazar la hipotesis nula H_0 y aceptar la hipotesis alterna H_1

Es decir a un nivel de significancia del 5% los puntajes obtenidos en la pre prueba y la post prueba varian significativamente entre si lo que nos indica que el nivel de Ansiedad Estado de las mujeres aspirantes a la vida consagrada disminuyeron significativamente con la aplicacion de la terapia cognitivo conductual

Grafico N° 11
Comparacion del nivel de Ansiedad Estado
pre y post prueba



Fuente Datos obtenidos del Inventario de Autovaloracion IDARE aplicado a las formandas aspirantes a la vida consagrada

En la grafica N°11 se representa claramente como disminuye la media del valor Ansiedad Estado despues de la pre prueba

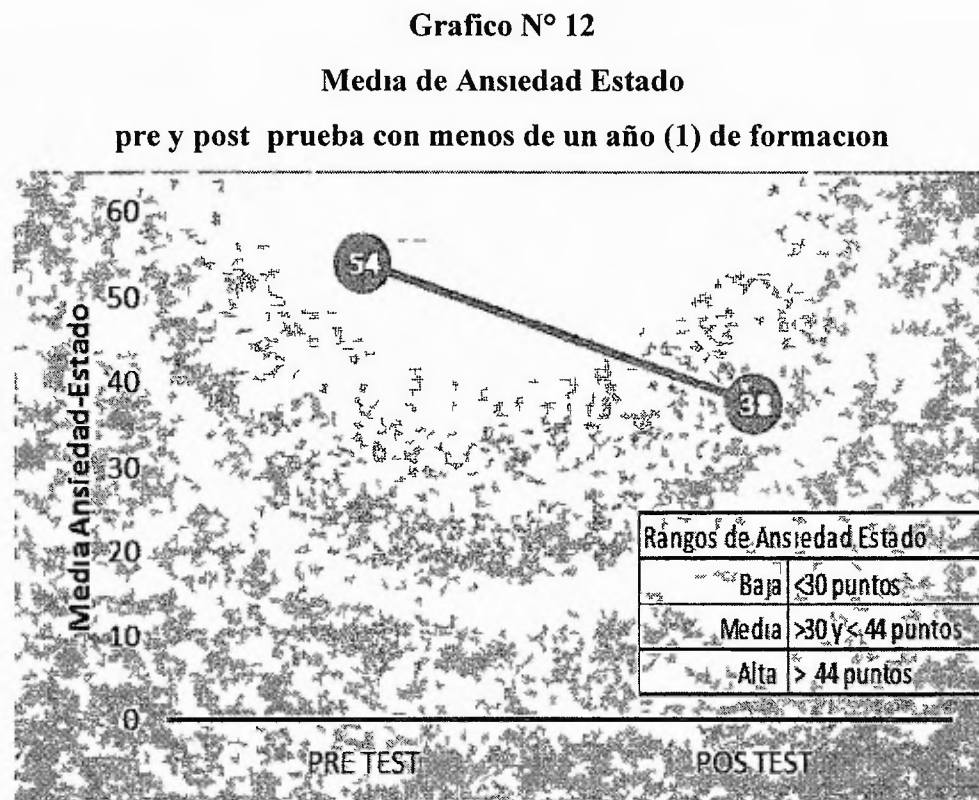
Este resultado se podria fundamentar en el hecho de que las pacientes realizaban las tareas segun se les indicaba Tambien se puede señalar que las sesiones en grupo motivaban la participacion de aquellas que se sentian con menos disposicion de realizar los trabajos necesarios para lograr los objetivos

Adicional a dar validez a las hipotesis de investigacion se realizaron analisis en relacion a la muestra presentando la diferencia de la media antes y despues del tratamiento de otros aspectos como

- Media de Ansiedad Estado segun el tiempo de formacion

Las pacientes con menos de un año de preparacion en el instituto religioso lograron reducir el nivel de Ansiedad Estado de una media de 54 a 38 Este valor coloca a las pacientes en un nivel de ansiedad medio Valor en el que se concluye que si bien existe un grado de ansiedad este no impacta de manera negativa el desempeño diario de la persona

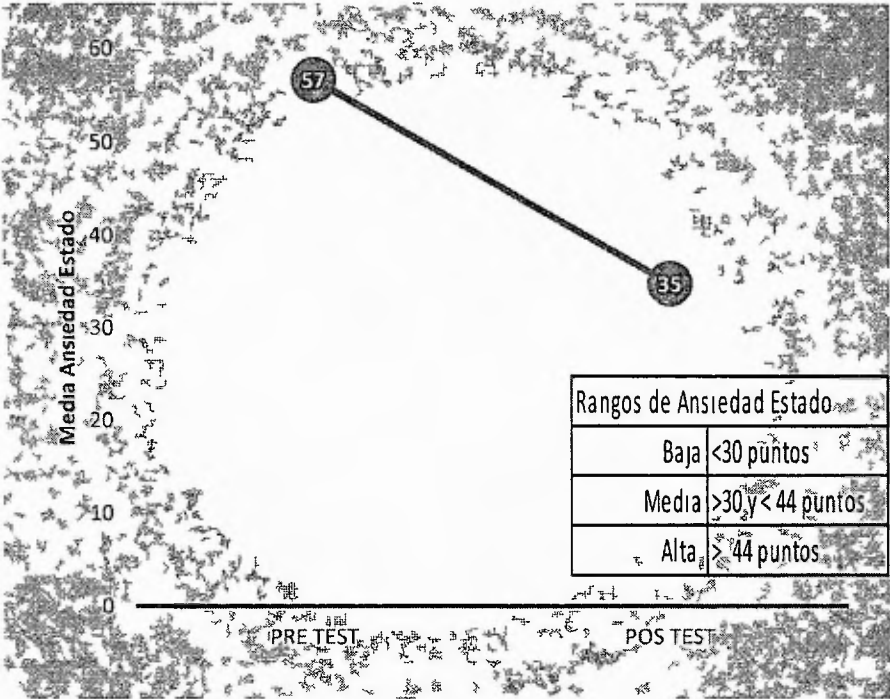
En la grafica N° 12 se refleja el valor medio de Ansiedad Estado para aquellas pacientes con menos de un año de convivencia en el instituto religioso



Fuente Datos obtenidos del Inventario de Autovaloracion IDARE aplicado a las Formandas aspirantes a la vida consagrada

Para las pacientes con mas de un año de preparacion en el instituto religioso el nivel de Ansiedad Estado paso de una media de 57 a 35 Este valor coloca a las pacientes en un nivel de ansiedad medio El resultado se refleja en la grafica N° 13

Grafico N° 13
Comparacion del nivel de Ansiedad Estado
pre y post prueba con mas de un año (1) de formacion

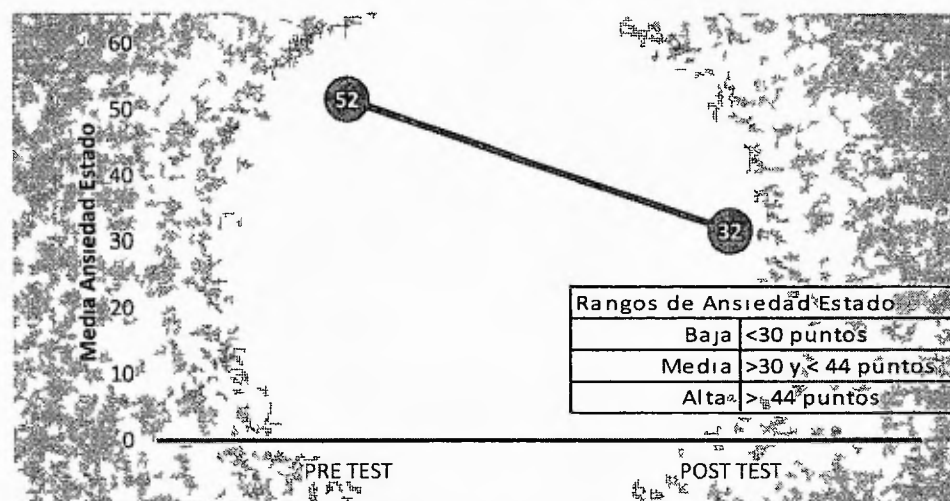


Fuente Datos obtenidos del Inventario de Autovaloracion IDARE aplicado a las formandas aspirantes a la vida consagrada

- Medida de ansiedad segun el lugar de procedencia

Las pacientes de origen colombianas lograron alcanzar una disminucion de 52 a 32 reflejado en la grafica N°14 colocandolas en un nivel medio de Ansiedad Estado

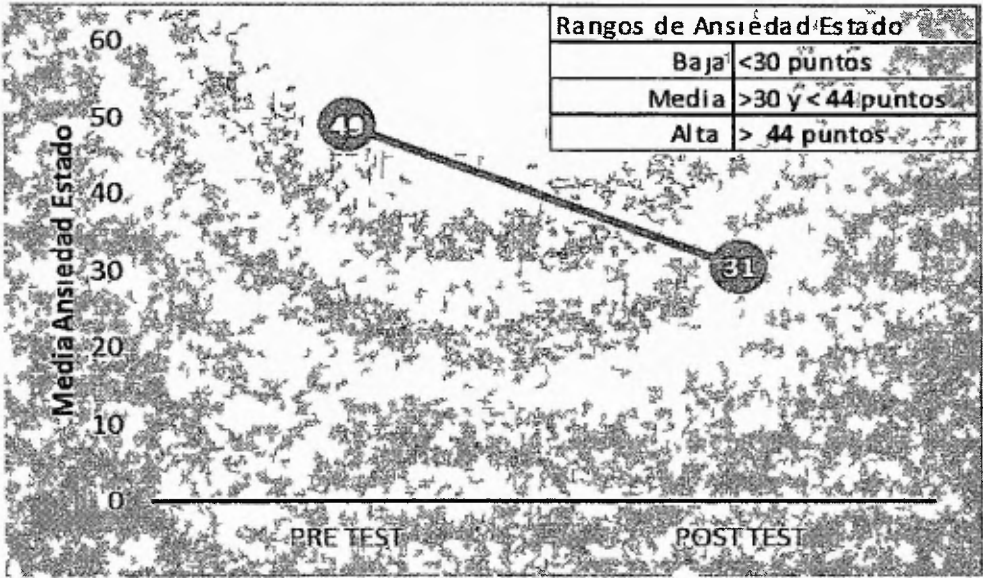
Grafico N° 14
Comparacion del nivel de Ansiedad-Estado
de las formandas procedentes de Colombia



Fuente Datos obtenidos del Inventario de Autovaloracion IDARE aplicado a las Formandas aspirantes a la vida consagrada

Las pacientes de origen ecuatorianas reflejado en la grafica N° 15 alcanzaron una disminucion de 49 a 31 colocandolas en un nivel de Ansiedad Estado muy cercano a nivel bajo (30) Estas pacientes tambien tenian el valor medio de Ansiedad Estado mas bajo al momento de realizar las medidas de la pre prueba

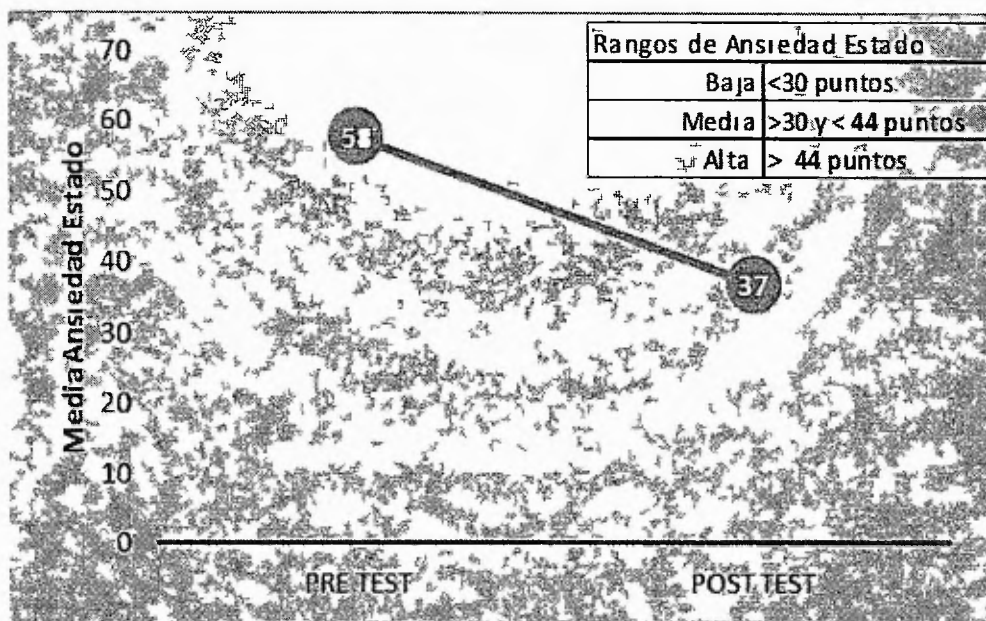
Grafico N° 15
Comparacion del nivel de Ansiedad Estado
de las formandas procedentes de Ecuador



Fuente Datos obtenidos del Inventario de Autovaloracion IDARE aplicado a las Formandas aspirantes a la vida consagrada

Las pacientes de origen panameño reflejadas en la grafica N°16 lograron alcanzar una disminucion de 58 a 37 colocandolas en un nivel medio de Ansiedad Estado El resultado de la Ansiedad Estado de las panameñas esta impactado por el alto nivel de Ansiedad Estado de la formanda N° 4 que a pesar de la intervencion no logro alcanzar niveles bajos

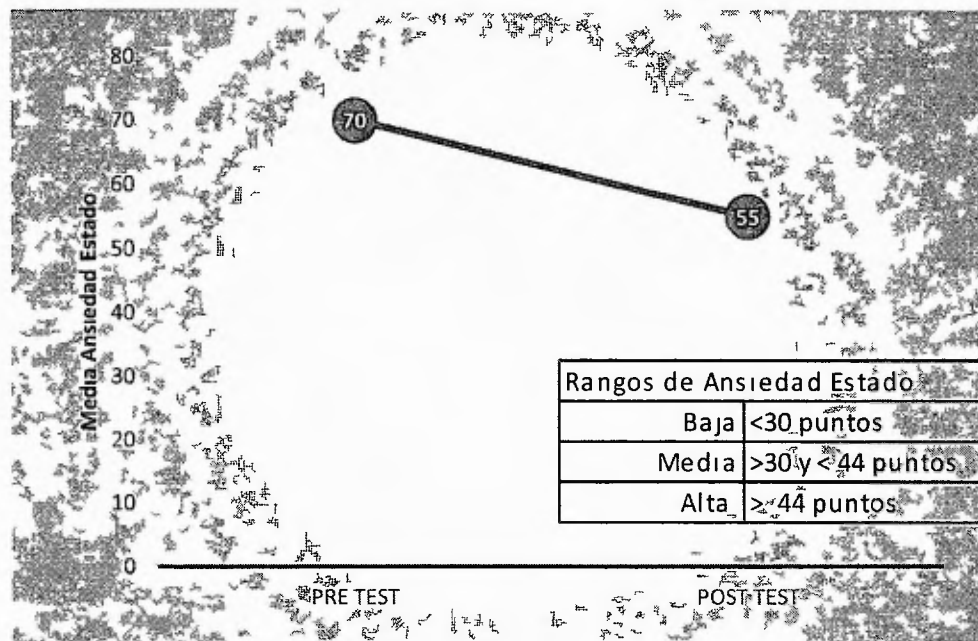
Grafico N° 16
Comparacion del nivel de Ansiedad Estado
de las formandas procedentes de Panama



Fuente Datos obtenidos del Inventario de Autovaloracion IDARE aplicado a las Formandas aspirantes a la vida consagrada

El grafico N° 17 refleja el nivel de Ansiedad Estado de la unica participante de origen venezolana que debido a la situacion que vive su pais al momento de realizar la intervencion no logra reducir los niveles de Ansiedad Estado

Grafico N° 17
Comparacion del nivel de Ansiedad-Estado
de la formanda procedente de Venezuela



Fuente Datos obtenidos del Inventario de Autovaloracion IDARE aplicado a las Formandas aspirantes a la vida consagrada

La Ansiedad Estado en la formanda venezolana se mantuvo alta a pesar de que en la post pruebas punto mas bajo pero no bajo lo suficiente para llegar a ser ansiedad normal se mantuvo dentro del rango propio de ansiedad alta

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

- La TCC ayudo a reducir los sintomas de ansiedad en las formandas aspirantes a la vida consagrada
- Se inicia la vida religiosa sin un proceso de duelo por lo que se ha dejado atras por la perdida que implica el iniciar un estilo de vida diferente al acostumbrado
- A pesar de tener una preparacion previa las aspirantes entran al instituto religioso con una idea erronea de lo que es la vida consagrada
- Muchas de las aspirantes son personas independientes antes de ingresar al convento el no poder tomar decisiones en asuntos basicos les crea ansiedad
- Gran parte de la ansiedad en las formandas es generado por la relacion que mantiene con su formadora y sus co hermanas
- Las formadoras deben tener mas conocimientos de la conducta humana para poder brindar un mejor acompañamiento a las formandas
- La falta de compromiso o de responsabilidad de la juventud actual contrasta con las exigencias de la vida consagrada

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

- Las aspirantes al ingresar a su etapa de formacion deben iniciar un proceso de acompañamiento psicoespiritual que las ayude a asumir y superar las pérdidas ocasionadas por el estilo de vida por el que han optado
- La aspirante formanda desde el inicio de la formacion debe ser dotada de las herramientas necesarias que le permita hacer frente a las diferentes situaciones que la haga sentir ansiosa
- Antes de que la formanda inicie su vida consagrada es necesario que se le asigne algun compromiso dentro o fuera de la comunidad para conocer su grado de madurez y responsabilidad
- Se debe atender mas las diferencias individuales para que las formandas sean guiadas segun su personalidad y no solo segun un programa establecido
- Para evitar la desmotivacion en las jovenes que ingresan a los institutos de vida religiosa se les debe llevar a tener un encuentro personal con el Dios vivo que es la razon de su futura consagracion
- Que las formadoras tengan la suficiente madurez humana para que puedan ayudar a las formandas en vez de confundirla o crearle mayores conflictos
- Las formadoras deben estar actualizando continuamente sus conocimientos en todos los aspectos de la conducta humana
- Que la formadora sea una mujer capaz de transmitir testimonio de esperanza que asuma una actitud no solo de maestra sino de quien comprende motiva orienta

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

Almada R (2016) El cansancio de los buenos La Logoterapia como alternativa al desgaste profesional Buenos Aires Ciudad Nueva

American Psychiatry Association (2014) Manual diagnostico y estadistico de los trastornos mentales (DSM 5) Madrid España Medica Panamericana

Anastasi A & Susana Urbina (1998) Tests psicologicos Mexico Prentice Hall

APA American Psychological Association (2010) Diccionario conciso de Psicologia (J

L Nuñez Herrejon & M E Ortiz Salinas Tradts) Mexico El Manual Moderno

Auger L (1993) Vencer los miedos Cantabria Sal Teriae

Bados A & Garcia Grau E (2014) Resolucion de problemas Universidad de Barcelona Barcelona

Beyebach M & Herrero de Vega M (2012) 200 tareas en terapia breve Individual familiar y de pareja Barcelona Herder Recuperado el enero de 2017

Bourne E J (2015) Ansiedad y Fobias Libro de Trabajo Malaga Sirio S A

Buttera M G & Re R F (2011) El arte de convivir Una mirada inclusiva Buenos Aires San Pablo

Cuaderno de ejercicios para afirmarse y atreverse a decir que no Y cuando digo que no es que no (2011) Barcelona Urano S A

First M B (2014) DSM 5 Manual de diagnostico diferencial (1a ed) Madrid Medica Panamericana

Gabbard G O (2009) Psiquiatria psicodinamica en la practica clinica (3 ed) Buenos Aires Medica Panamericana

Goncalvez Boggio L (2010) El cuerpo en la psicoterapia Montevideo Psicolibros

Hernandez Cordoba A (2008) Psicoterapia sistémica breve La construccion del cambio con individuos parejas y familias Bogota El Buho

Kaplan R M & Saccuzzo D P (2006) Pruebas psicologicas Principios aplicaciones y temas Mexico Nuevo Milenio

Monbourquette J Ladouceur M & d Aspremont I (2004) Estrategias para desarrollar la autoestima y la estima del Yo profundo Santander Sal Terrae

Moreno P Martin J C Garcia J & Viñas R (2010) Dominar las obsesiones Una guia para pacientes Bilbao Desclee de Brouwer S A

Palmes C (2008) Ser o no ser la vida religiosa del siglo XXI CLAR

Prada J R (2015) Escuelas psicologicas y psicoterapeuticas Bogota San Pablo

Prada R (2007) Psicologia y formacion Principios psicologicos utilizados en la formacion para el sacerdocio y la vida consagrada Bogota San Pablo

Riso W (2008) Terapia Cognitiva Fundamentos teoricos y conceptualizacion del caso clinico Barcelona Paidos Iberica S A

Riso W (2009) Terapia Cognitiva Madrid Paidos Iberica

Sampieri R Collado C & Baptista P (1998) Metodologia de la investigacion Mexico Mg Graw Hill

Santandreu R (2011) El arte de no amargarse la vida Las claves del cambio psicológico y la transformación personal Barcelona Paidós Divulgación

Sidelski D (2009) Estrés y coaching profundo Buenos Aires Lumen

Zamora Salgado P (2017) Cien técnicas lúdicas San José Habid Succar

Bibliografía en Internet

Ayuso M (2014) Los 10 pensamientos negativos más comunes y cómo debes neutralizarlos El Confidencial Recuperado el marzo de 2017 de https://www.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/2014-09-04/los-10-pensamientos-negativos-mas-comunes-y-como-debes-neutralizarlos_174635/

Castes Boscan M (s f) Relajación e Imagen guiada como Herramientas de Integración de la Psique el Soma y el Espíritu Recuperado el marzo de 2017 de <http://www.creandosalud.org/articulos/articulos-cientificos/12-relajacion-e-imagen-guiada-como-herramientas-de-integracion-de-la-psique-el-soma-y-el-espiritu.html>

Choliz Montañes M (s f) Técnicas para el control de la activación Relajación y respiración Universidad de Valencia Recuperado el febrero de 2017 de <http://www.uv.es/~Choliz/RelajacionRespiracion.pdf>

Curia Romana (mayo de 1983) Sagrada congregación para los religiosos e institutos de vida seculares Recuperado el enero de 2017 de http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/ccsclife/documents/rc_con_ccsclife_doc_31051983_magisterium-on-religious-life_sp.html

Mainieri Caropreso R (s f) El modelo de terapia cognitiva conductual Recuperado el abril de 2017 de [file:///C:/Users/proprietario/Downloads/explicacion%20de%20tcc%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/proprietario/Downloads/explicacion%20de%20tcc%20(3).pdf)

Minicı A Rivadeneria C & Dahab J (2014) ¿Por que la ansiedad se vuelve patologica?
Revista de Terapia Cognitivo Conductual Recuperado el marzo de 2017 de
[http //cetecic com ar/revista/por que la ansiedad se vuelve patologica/#more 609](http://cetecic.com.ar/revista/por-que-la-ansiedad-se-vuelve-patologica/#more-609)

Moron M J (diciembre de 2016) Espiritualidad y ciencia El arbol de la ansiedad
Recuperado el abril de 2017 de [http //www espirituyciencia com/2016/12/el arbol de la
ansiedad html](http://www.espirituyciencia.com/2016/12/el-arbol-de-la-ansiedad.html)

Obst Camerini J (2013) La Terapia Cognitiva de Aaron Beck C A T R E C Fundacion
Centro Argentino de Terapia Cognitiva y Terapia Racional Emotiva Conductual Obtenido
de [http //www catrec org/conceptos _beck2013 html](http://www.catrec.org/conceptos_beck2013.html)

Organizacion Mundial de la Salud Centro de Prensa (Septiembre de 2016) Obtenido de
[http //www who int/mediacentre/factsheets/fs150/es/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/)

Pruebas psicometricas (2017) Vesalius Division psicologia Recuperado el enero de 2017
de [http //www pruebaspsicologicasvesalius com/index php?option=com _jcart&route=pro
duct/product&path=135 _84&product _id=349](http://www.pruebaspsicologicasvesalius.com/index.php?option=com_jcart&route=product/product&path=135_84&product_id=349)

Real Academia Española (2017) Diccionario de la lengua española Edicion del
Tricentenario Recuperado el Abril de 2017 de [http //dle ra e es/?id=GzAga0a](http://dle.rae.es/?id=GzAga0a)

Resick P Monson C & Chard K (2008) Terapia de procesamiento cognitivo Version
V/M Manual del Terapeuta Boston Recuperado el abril de 2017 de
[https //www dropbox com/s/uixkk1kftrxfywh/Resick
%20Terapia%20procesamiento%20cognitivo%20para%20TEPT%20\(1\) pdf?dl=0](https://www.dropbox.com/s/uixkk1kftrxfywh/Resick%20Terapia%20procesamiento%20cognitivo%20para%20TEPT%20(1).pdf?dl=0)

Spielberger C D & Diaz Guerrero R (1975) IDARE Inventario de ansiedad rasgo
estado Mexico El Manual Moderno Recuperado el 2017 de
[http //cmapspublic ihmc us/rid=1M6S292K6 1PPPBSY RB/manual _idare pdf](http://cmapspublic.ihmc.us/rid=1M6S292K6-1PPPBSY-RB/manual_idare.pdf)

ANEXOS

ANEXO 1

IDARE INVENTARIO DE AUTOVALORACION

Nombre _____ Fecha _____

INSTRUCCIONES Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo Lea cada frase y encierre en un circulo el numero que indique *como se siente ahora mismo* o sea en estos momentos
No hay contestaciones buenas o malas No emplee mucho tiempo en cada frase pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora

	NO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1 Me siento calmado	1	2	3	4
2 Me siento seguro	1	2	3	4
3 Estoy tenso	1	2	3	4
4 Estoy contrariado	1	2	3	4
5 Me siento a gusto	1	2	3	4
6 Me siento alterado	1	2	3	4
7 Estoy alterado por algun posible contratiempo	1	2	3	4
8 Me siento descansado	1	2	3	4
9 Me siento ansioso	1	2	3	4
10 Me siento comodo	1	2	3	4
11 Me siento con confianza en mi mismo	1	2	3	4
12 Me siento nervioso	1	2	3	4
13 Estoy agitado	1	2	3	4
14 Me siento a punto de explotar	1	2	3	4
15 Me siento relajado	1	2	3	4
16 Me siento satisfecho	1	2	3	4

17 Estoy preocupado	1	2	3	4
18 Me siento muy excitado y aturdido	1	2	3	4
19 Me siento alegre	1	2	3	4
20 Me siento bien	1	2	3	4

IDARE INVENTARIO DE AUTOVALORACION

INSTRUCCIONES Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo Lea cada frase y encierre en un circulo el numero que indique **como se siente generalmente** No hay contestaciones buenas o malas No emplee mucho tiempo en cada frase pero describa como se siente generalmente

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTE MENTE	CASI SIEMPRE
21 Me siento bien	1	2	3	4
22 Me canso rapidamente	1	2	3	4
23 Siento ganas de llorar	1	2	3	4
24 Quisiera ser tan feliz	1	2	3	4
25 Me pierdo cosas por no poder decidirme rapidamente	1	2	3	4
26 Me siento descansado	1	2	3	4
27 Soy un persona tranquila serena y sosegada'	1	2	3	4
28 Siento que las dificultades se amontonan al punto de no poder soportarlas	1	2	3	4
29 Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	1	2	3	4
30 Soy feliz	1	2	3	4
31 Me inclino a tomar las cosas muy a pecho	1	2	3	4
32 Me falta confianza en mi mismo	1	2	3	4

33 Me siento seguro	1	2	3	4
34 Trato de evitar enfrentar una crisis o dificultad	1	2	3	4
35 Me siento melancólico	1	2	3	4
36 Estoy satisfecho	1	2	3	4
37 Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente	1	2	3	4
38 Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	1	2	3	4
39 Soy una persona estable	1	2	3	4
40 Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	1	2	3	4

Calificación Sumar el puntaje marcado por el sujeto

Ansiedad como estado

Items 3 4 6 7 9 12 13 14 17 18 = Total A

Items 1 2 5 8 10 11 15 16 19 20 = Total B

$(A - B) + 50 =$

Nivel de ansiedad

_____ Bajo (<30)

_____ Medio (30-44)

_____ Alto (>45)

Ansiedad como rasgo o peculiar

Items 22 23 24 25 28 29 31 32 34 35 37 38 40 = Total

Items 21 26 27 30 33 36 39 = Total B

$$(A - B) + 35 =$$

Nivel de ansiedad

_____ Bajo (<30)

_____ Medio (30-44)

_____ Alto (>45)

ANEXO N° 2

Entrevista semi estructurada a las formandas aspirantes a la vida religiosa

- ¿Como fue tu vida familiar?
- ¿Cuando sentiste el llamado a la vida religiosa?
- ¿Como son tus relaciones con las otras religiosas?
- ¿Que te hace sentir intranquila?
- ¿En que piensas?
- ¿Desde cuando empezaste a tener estos pensamientos?
- ¿Duermes bien?
- ¿Físicamente como te sientes?
- ¿Espiritualmente como te sientes?
- ¿Realmente quieres ser religiosa?

ANEXO N° 3

HISTORIAS DE VIDA

Informacion general Paciente 1

Nombre M C A

Sexo femenino

Nacionalidad panameña

Edad 25 años

Estudios realizados universitarios

Tiempo de formacion 18 meses

Referido por su formadora

Motivo de consulta

Ha sido referida por su maestra debido a que la formanda se muestra distraída tensa se ve cansada y realiza las actividades diarias con desgano se ha dialogado con ella sobre el cambio sufrido ya que siempre realizaba las actividades con energia y estaba al tanto de todo a lo que respondió que no duerme bien Se le da a tomar té de tilo para que duerma pero no logra conciliar el sueño le manifestó a su maestra el miedo que tiene a condenarse si muere en pecado

Historia Familiar

Es la menor de 5 hermanos tres varones y dos mujeres Desde los 3 años vivió con sus abuelos maternos debido a que su mamá trabajaba en la ciudad y ellos estaban en el interior del país Asegura que recibió todas sus vacunas ya que la abuela estaba muy pendiente de ellos y no recuerda haber sufrido ninguna enfermedad cuando era niña

Por ser la menor sus hermanos la trataban con un cariño especial y manifestó que sus abuelos la querían mucho cocinaban lo que a ella le gustaba la llevaban todos los días a la escuela y en las noches el abuelo le refería historia y cuentos hasta que se dormía Le gustaba nadar en el río ir de pesca con sus hermanos y abuelo subirse a los árboles y comer mucha fruta Asegura que tuvo una infancia feliz

Segun la paciente fue buena estudiante tanto en primaria como en secundaria participo en competencias inter colegiales y siempre obtenia los primeros puestos Fue estudiante de cuadro de honor y formaba parte del conjunto folklorico de su colegio

Desde niña le llamo la atencion la vida religiosa por una hermanita que semanalmente visitaba la comunidad en que ella vivia y que las invitaba al catecismo continuo diciendo que en casa se ponía una toalla en la cabeza y simulaba enseñarle catecismo a las muñecas y que cuando no queria comer la abuela la amenazaba diciendole que si no comia no le iban a dar permiso para que fuera con la hermana a recoger a los niños para el catecismo

Aunque deseaba ser religiosa con todo su corazon decidio trabajar unos años para ayudar a sus abuelos a resolver unos problemas economicos Una vez que estos se solucionaron inicio su proceso de formacion en la comunidad religiosa que ella previamente habia elegido y con quienes se venia relacionado desde hacia algunos años

Refiere la paciente que su primera etapa de formacion fue buena y que se sentia como en casa todo estaba bien nada la inquietaba Por momentos extrañaba a la familia pero eso forma parte de la vida Para tener algo que desees muchas veces debes soltar algo que tienes No se puede tener todo a la vez

Empezo a sentirse abrumada por los pensamientos en cierta ocasion cuando la maestra les hablo del cielo y del infierno que mereceran segun las obras que realicen y sus intenciones A partir de ese dia empezo a pensar que tal vez ella no era buena que su actuar era fingido Recuerdo que su abuela le habia contado que su bis abuelo era lo que llaman un brujo y que le costo mucho morir conecto con una frase que le dijo su formadora cuando en cierta ocasion desobedecio sin intension una orden La frase fue quien hace algo en desobediencia le sirve al diablo

Sus pensamientos la llevaron a creer que ella le estaba sirviendo al diablo y empezo a ver a su formadora como la persona que la acusaba De noche le daba miedo apagar la luz por lo que empezo a dormir con una luz encendida su maestra le llamaba la atencion por dormir

con la luz encendida Quería hacer las cosas bien pero le venía a la mente el que no era capaz de hacer nada bien y que su vida no tenía sentido se estaba convenciendo de que ya estaba condenada intensifico su oración y empezó a sentir un poco más de paz

La paciente dice saber que ella no está haciendo las cosas mal y que sabe que no se va a condenar porque sus intenciones son buenas y no hace mal lo que le corresponde pero que de pronto le llegan los pensamientos y sin ella querer ni darse cuenta ya los tiene ahí una y otra vez sin poder sacárselos de la cabeza piensa que la luz está subiendo que sus hermanas no duermen bien que se van a enfermar que van a amanecer cansadas y pasa de un pensamiento a otro sin poder frenarlos

Estado de salud mental

Llega a la hora indicada bien presentada vestida adecuadamente con el hábito religioso y sandalias durante la entrevista estaba bien orientada en tiempo y espacio las funciones cognitivas se mantuvieron conservadas Sus pensamientos son coherentes y la memoria se mantiene dentro de lo normal Aunque mantenía un diálogo fluido se veía algo tensa y ansiosa cuando hablaba sobre la obediencia y se percibía miedosa ante cualquier referencia que se hiciera de la muerte o la vida eterna

Análisis Multiaxial

Eje I Trastorno de ansiedad generalizada (F41.1)

Eje II Sin diagnóstico

Eje III Sin diagnóstico

Eje IV Criadas por los abuelos No hubo relación y la relación era distante por temas laborales

Eje V EEAG = 83 (actual)

Resultado del instrumento de medicion utilizada – IDARE

	Ansiedad como	Pre Prueba	Post Prueba	Variacion porcentual
Formanda N°1	Estado	51	30	41%
	Rasgo	28	25	11%

Informacion general Paciente 2

Nombre J F G

Sexo femenino

Nacionalidad colombiana

Edad 22 años

Estudios realizados universitarios

Tiempo de formacion 8 meses

Referido por su formadora

Motivo de consulta

Fue referida por su maestra debido a que la nota insegura en las tomas de decisiones se mantiene retirada del grupo comunitario y con frecuencia esta malhumorada en conversacion sostenida con su maestra manifiesta no saber por que esta tan cansada si todos los exámenes medicos le han salido bien y tampoco da razon del por que esta insegura en las toma de decisiones pequeñas cuando ella estaba acostumbrada a tomar grandes decisiones

Historia familiar

La mayor de 6 hermanos vivio en una familia disfuncional su padre abandono el hogar cuando ella tenia 10 años Asegura la paciente que desde ese momento ella sintio la obligacion de velar por el bienestar de sus hermanos debido a que su mama no trabajaba Durante su vida estudiantil mantuvo las calificaciones mas altas de su salon y destacaba entre sus compañeros por su responsabilidad

Por la precaria economia del hogar vendia productos para ayudar al sustento de sus hermanos Su papa mantuvo buena relacion con ellos le compraba el mercado de la quincena y segun la paciente la mama escogia lo mejor para regalarsela a sus tias y que la pension voluntaria que el papa les daba para que ellos no pasaran necesidades la mama se lo gastaba en cosas que segun la paciente no eran necesaria Esa conducta de la mama la llevo a ella a sentirse responsable de sus hermanos

De niña dice no haber sufrido ninguna enfermedad tiene bellos recuerdos de su vida familiar mientras el papa estuvo en casa La familia no era muy dada a la vida espiritual no eran personas que frecuentaran la iglesia todo lo contrario se burlaban de quienes iban a misa o pertenecian a algun grupo parroquial

Cuando cumplio 16 años motivada por un amigo participo en un retiro juvenil y la experiencia vivida la hizo replantearse el sentido de su vida A partir de ese momento se involucro en las actividades de la parroquia se confirmo y llego a ser catequistas

Quiso ser religiosa porque le gusta el estilo de vida de las hermanas la forma en que hablan de Jesus la manera en que dirigen a los jovenes para que tengan paz por medio del encuentro personal con Jesucristo El haber vivido una experiencia con Jesus la marco radicalmente y decidio que su vida la queria dedicar a amar a quien tanto la habia amado Empezando la etapa de formacion le costo muchísimo porque por ser una persona independiente estaba acostumbrada a tomar decisiones y a manejar su vida sin tener que pedir permiso

Este nuevo estilo de vida requeria de mas control y menos libertad mas orar y menos actuar mas ser y menos hacer para ella era difícil ya que su formadora le dijo que si no se adaptaba iban a tener que decirle que abandonara el convento ya que esta vida no era para todos que habia que tener vocacion y algunas personas sin ser llamadas aspiraban a consagrarse por lo que la etapa de formacion servia para discernir es decir para saber si la formanda tenia o no vocacion

Se sentia molesta por cualquier cosa pensaba que realmente su formadora no la queria en el convento y que todo lo que ella hiciera lo iba a ver como negativo Tanto pensar la cansa y desanima termina diciendo la paciente pero ella sabe que la vocacion es personal por lo tanto va a luchar para consagrarse porque esto es lo que ella desea el saber que puede no llegar a serlo la motiva para superar los retos de este nuevo estado de vida

Estado de salud mental

La paciente es puntual a la hora de llegada a la entrevista y se presenta bien arreglada sus modales son agradables y su mirada directa Parece estar inquieta y tensa pero a medida que se mantiene el dialogo se va calmando no hay ninguna anomalia en su manera de hablar y contesta a las preguntas adecuadamente

Analisis Multiaxial

Eje I Trastorno de ansiedad generalizada (F41.1)

Eje II Sin diagnostico

Eje III Sin diagnostico

Eje IV Familia disfuncional

Eje V EEAG = 82 (actual)

Resultado del instrumento de medicion utilizada – IDARE

	Ansiedad como	Pre Prueba	Post Prueba	Variacion porcentual
Formanda N°2	Estado	50	29	42%
	Rasgo	35	34	3%

Informacion general Paciente 3**Nombre** I D C**Sexo** femenino**Nacionalidad** ecuatoriana**Edad** 21 años**Estudios realizados** secundarios**Tiempo de formacion** 12 meses**Referido por** su formadora

Motivo de consulta la paciente manifiesta que le cuesta dormirse cuando se acuesta en las noches y que una vez dormida se despierta varias veces en la mañana se levanta cansada como si hubiera realizado una gran actividad se toma al día un antiinflamatorio para disminuir el dolor que siente en el cuello y en los brazos dice que hasta caminar se le hace difícil porque para hacerlo requiere de mucho esfuerzo

Historia familiar La menor de tres hermanos dos mujeres y un varón Creció en una familia disfuncional criada por la abuela hasta los once años Sus años transcurrieron en un ambiente de tranquilidad en la que ella jugaba dormía y comía La abuela no era nada cariñosa la paciente indica que no recuerda haber recibido una caricia o una palabra cariñosa por parte de su abuela o de su mamá Su hermana mayor la obligaba a hacerle sus obligaciones caseras cuando la abuela no la veía

Recuerda que su papá abandonó el hogar por petición de su mamá cuando ella tenía 3 años para que ellos no continuaran crecer en medio de discusiones y violencia verbal a partir de ese momento la mamá los dejó al cuidado de la abuela y empezó a trabajar lejos del hogar Se veía con su mamá solo los fines de semana y aunque ella no era cariñosa saber que vendría a visitarlos les causaba mucha alegría

Con el papá se relacionaba muy poco y descubrió que la violencia dentro del hogar se debía a que el padre no quería trabajar y la mayor parte del tiempo estaba ebrio y engañaba a la mamá con otras mujeres

Considera la paciente que para todos fue mejor que el papa abandonara la casa ya que despues de que el se fue ellos estuvieron mas tranquilo y en la casa respiraban paz Durante su vida estudiantil fue una estudiante promedio se preocupaba solamente por no fracasar para pasar de grado Cuando llego al septimo grado la mama se los trajo a vivir con ella El cambio no fue favorable y perdio el año escolar Se graduo de la secundaria con mucho esfuerzo Entro a la universidad y ahí la invitaron a formar parte del grupo juvenil Estando en un retiro descubrio su deseo de ser religiosa

Estando en la primera etapa de su formacion descubrio un mundo para ella totalmente desconocido la fraternidad el volverse como niños la paz producto de la oracion profunda el silencio interior la meditacion la *lectio divina* en fin le encantaba la vida que habia escogido Todo era planificado y el tiempo alcanzaba para todo

Sin saber como ni por que un dia la asalto el pensamiento de que ella como religiosa tenia un papa alcoholico y que su papa la necesitaba pensaba en que a lo mejor estaba tirado en la calle sin trabajo sin bañarse sin dinero sin nada que lo podia asaltar y matar

Sus pensamientos saltan de una preocupacion a otra y aunque ella no ve motivo para preocuparse no puede evitar el hacerlo En las noches su mente va y viene y en ocasiones sueña que su papa cambio de vida y ahora esta bien en otras ocasiones y con mayor frecuencia sueña que el papa borracho llega al convento y hace el mismo escandalo que en su casa Se siente molesta y tensa el cuerpo le duele por la tension que siente fisicamente

Estado de salud mental

Al momento de las entrevistas la paciente se presenta puntual y pulcramente vestida se percibe distante sus respuestas son coherentes su mirada esta fija en el piso y esporadicamente mantiene un contacto visual con la terapeuta se disculpa por preguntar lo que se le dice aduciendo que no escucha bien pero repite lo dicho antes de que se le repita Tiene buena coordinacion motriz sus movimientos son lentos manifiesta nerviosismo

Analisis Multiaxial

Eje I Trastorno de ansiedad generalidad (F41 1)

Eje II Sin diagnostico

Eje III Sin diagnostico

Eje IV Familia disfuncional Criada por la abuela Relacion materna distante por temas laborales Padre con problemas de alcoholismo

Eje V EEAG = 84 (actual)

Resultado del instrumento de medicion utilizada – IDARE

	Ansiedad como	Pre Prueba	Post Prueba	Variacion porcentual
Formanda N°3	Estado	46	28	39%
	Rasgo	30	29	3%

Informacion general - Paciente 4

Nombre M V C

Sexo femenino

Nacionalidad panameña

Edad 27 años

Estudios realizados secundarios

Tiempo de formacion 6 meses

Referido por su formadora

Motivo de consulta

La paciente manifiesta que con frecuencia se distrae por cualquier cosa cuando le hablan se sobresalta y el corazon le late muy fuertemente pareciera estar en otro lugar y las voces de quienes le hablan la hacen volver a la realidad pero con susto en ocasiones se le deben repetir las indicaciones varias veces y cuando quiere recordar lo que se le ha dicho ya se le olvidado se siente ansiosa porque piensa que las hermanas creen que ella se enferma para llamar la atencion y que tampoco le cree que a ella se le olvidan las cosas involuntariamente

Historia familiar

Crecio en un hogar junto con sus padres y tres hermanos es la tercera de los cuatro y la menor de las mujeres Desde niña fue declarada asmatica razon por la que sus papas la malcriaron segun palabras de la paciente

Nunca se le exigió nada ella hacia las cosas a su ritmo por lo que considera que no habia motivo para preocuparse por nada La dio papera alfombrilla y la operaron para extraerle la amígdala se fracturo un brazo al caerse de la bicicleta cuando tenia 9 años Considera que tanto su infancia como en la adolescencia fue feliz y la relacion con sus padres y hermanos muy buena

En la escuela no se esforzo por ser mejor estudiante no aspiraba a ser una profesional queria ser artesana y el tiempo lo dedicaba a hacer trabajos manuales En la primaria repitio

primero y tercer grado por inasistencia ya que cuando llovía le daba crisis de asma. Cuando no hacía las tareas y la maestra le hacía alguna observación se ponía a llorar al punto de asfixiarse. Su mamá con frecuencia estaba en la escuela por si necesitaba algo.

Creció sintiéndose el centro de atención de todos. En la secundaria se evadía del salón de clase para quedarse por los pasillos. Razón por la que los papás decidieron retirarla del colegio hasta que madurara ya que pensaban, según dice la paciente, que el asma la limitaba para muchas actividades incluso estudiar.

Terminó la secundaria en la nocturna oficial a los 23 años cuando, según ella, sentó cabeza. Desde los 19 años formó parte de los catequistas de confirmación y ya a esa edad habló con una religiosa para saber los requisitos que necesitaba para ingresar al convento. Al decirle la religiosa que debía terminar la secundaria hizo su mayor esfuerzo y culminó satisfactoriamente sus estudios. Trabajó como recepcionista y organizaba su tiempo entre el estudio, el trabajo y apostolado.

Al iniciar la formación iba con toda la ilusión de que en un par de años culminaría la etapa inicial y podría estar de lleno en el apostolado, pero nunca se imaginó que fuera tan difícil adaptarse a ese nuevo estilo de vida. Las crisis de asma empezaron a darse con más frecuencia y ahora la atención que le brindaban sus papás.

La formadora no es todo lo maternal que ella quisiera y aquí siente que no le prestan atención a su enfermedad. Cuando las otras formandas se le acercan las rechaza porque siente que no son sinceras. Duermepoco cuando no usa la bombita para el asma (salbutamol). Siente que su cuerpo se revela ante todo esfuerzo y le gustaría no seguir en esta vida porque cree que de seguir enfermándose con la frecuencia en que lo está haciendo no va a servir como debiera.

Estado de salud mental

La paciente llega puntual a la cita y bien vestida adopta una postura en la que deja ver su disposición para colaborar. Su tono de voz es suave y su discurso normal. Evidentemente

presenta buena coordinacion motriz no se distraida ni preocupada mantiene el contacto visual con la terapeuta presenta ojeras su peso se ve acorde con la estatura

Analisis Multiaxial

Eje I Trastorno de ansiedad generalidad (F41 1)

Eje II Sin diagnostico

Eje III Problemas respiratorios que afectaron el rendimiento escolar

Eje IV Inasistencia frecuente al colegio por la enfermedad Repeticion de niveles escolares

Eje V EEAG = 74 (actual)

Resultado del instrumento de medicion utilizada – IDARE

	Ansiedad como	Pre Prueba	Post Prueba	Variacion porcentual
Formanda N°4	Estado	68	60	12%
	Rasgo	71	63	11%

Informacion general Paciente 5

Nombre I P B

Sexo femenino

Nacionalidad venezolana

Edad 25 años

Estudios realizados secundaria

Tiempo de formacion 30 meses

Referido por su formadora

Motivo de consulta

La paciente manifiesta que le es difícil la relación con las otras formandas debido a que las considera muy niñas ya que con 18 y 19 años preguntan todo y pareciera que no quieren tomar decisiones para no equivocarse según la paciente la actitud de las otras formandas le molesta grandemente se pone agresiva e inmediatamente siente que aprieta los dientes problemas para relacionarse con las demás

Historia familiar

Vivio con sus padres hasta los 7 años cuando su papa los abandono Son 8 hermanos 4 varones y 4 mujeres Ella fue la sexta tercera de las mujeres Su relación con sus hermanos fue según la formanda normal a veces discutían otras veces estaban bien peleaban por cualquier cosa pero al rato se les olvidaba y volvían a estar bien

Dice no tener muchos recuerdos de su niñez Recuerda que creció sola con sus hermanos ya que su mamá era trabajadora independiente y salía de casa muy temprano para regresar muy tarde en la noche cuando ella estaba dormida

Durante los años que cursó sus estudios primarios fue considerada excelente estudiante En la secundaria bajo sus calificaciones según la formanda por las continuas infecciones urinarias por no tomar suficiente agua Se destacó en la coral del colegio y por formar parte de los grupos que se caracterizaban por ayudar a los necesitados

Su padre regreso a casa despues de 8 años de ausencia Pídio perdon a la esposa y a los hijos e inicio un proceso de recuperacion del tiempo y el cariño perdido para ella fue facil aceptarlo nuevamente ya que esa era una peticion que con frecuencia le hacia a Dios

Cuando cumplio 20 años sintio el llamado a la vida religiosa seis meses despues rompio la relacion amorosa que tenia con un joven hacia un año y cinco meses Visito varias comunidades religiosas para conocer los diferentes apostolados entro al coro de la parroquia y al grupo juvenil hasta que ingreso al convento

La paciente informa que esta preocupada por muchas cosas que piensa siempre en la relacion de sus hermanos con su padre ya que si bien es cierto que ella rezaba para que papa regresara a casa sus hermanos no pensaban igual

Al ingresar al convento la relacion de sus hermanos con su padre no era buena Sus hermanas se fueron a vivir con sus novios y ya estan esperando bebe y segun la paciente nadie le ha dicho nada pero ella sabe que sus hermanas estan pasando apuros economicos porque se fueron a vivir con unos vagos

Sus hermanos menores es posible que esten en la calle a altas horas de la noche y con la inseguridad en que se vive en el pais en cualquier momento la llaman para avisarle que lo arrestaron o lo mataron

Ella dice saber que su familia esta pasando necesidad economica como todos los venezolanos y que no le dicen nada para no preocuparla pero igual sigue preocupandose porque lo que no le dicen ella se lo imagina se siente molesta con todos porque no le dicen la verdad de lo que esta sucediendo no se concentra en lo que hace y las noches se les hace interminable

Estado de salud mental

La Paciente se presenta puntualmente a la entrevista su apariencia personal es adecuada bien vestida y con un suave aroma Calza unas sandalias que se ven cómodas Camina con agilidad y firmeza Se muestra abierta al diálogo y contesta con fluidez las preguntas por momentos pareciera que sus pensamientos estuvieran relacionados con situaciones diferentes a los que estuvieran tratando frunce el ceño aprieta el pañuelo y mantiene una apariencia corporal rígida

Análisis Multiaxial

Eje I Trastorno de ansiedad generalizada (F41.1)

Eje II Sin diagnóstico

Eje III Infecciones en las vías urinarias

Eje IV Familia disfuncional Problemas graves de la situación político económico del país

Eje V EEAG = 79 (actual)

Resultado del instrumento de medición utilizada – IDARE

	Ansiedad como	Pre Prueba	Post Prueba	Variación porcentual
Formanda N°5	Estado	70	55	21%
	Rasgo	60	54	10%

Informacion general - Paciente 6

Nombre M T O

Sexo femenino

Nacionalidad panameña

Edad 21 años

Estudios realizados universitarios

Tiempo de formacion 20 meses

Referido por su formadora

Motivo de consulta

La paciente manifiesta que se molesta sin causa aparente y que es consciente de que muchas veces ella agrede verbalmente a sus hermanas de comunidad haciendo que la convivencia fraterna se haga desagradable

Aunque el principio se sentia bien compartiendo en comunidad al momento de la entrevista manifiesta preocupacion porque dice sentir un vacio interior que cada dia lo siente mas profundamente

Las oraciones las realiza con desgano y se siente desmotivada a veces siente deseos de estar sola y le provoca llorar con alguna frecuencia las hermanas le preguntan si se siente bien o si no ha comido porque la ven palida

Cuando empieza a anochecer se le suman mas preocupaciones a las del dia porque sabe que sus noches son muy largas porque le cuesta conciliar el sueño

Historia familiar

Crece en un hogar formado por ambos padres Son dos hijos su hermanos varon y ella 4 años menor Se declara como la niña mimada por padres abuelos tios y todos los que la conocian por la dulzura de su trato Su papa fue su idolo y todo lo que hacia era en funcion de agradarlo a el

Dice que le dio papera y varicela cuando estaba pequeña y que fue divertido ya que todos los primos estaban enfermos y el cuidado era para todos por igual. Con frecuencia se resfriaba por eso cuando sus primos se bañaban en la piscina a ella no la dejaban. Se la pasaba la mayor parte del tiempo jugando con su mascota una perrita que llamo Patty. Dice que nunca escucho a sus padres discutir y que recuerda que ella soñaba cuando fuera grande tener una casa como tan grande como la de sus papas para que la gente que no tuviera donde pasar la noche fuera a vivir con ella.

Pensaba casarse a los 28 años despues de terminar sus estudios universitarios y tener cierta estabilidad economica.

Aunque no se consideraba una persona religiosa frecuentaba los sacramentos y trataba de ser una buena catolica.

En cierta ocasion un compañero de trabajo la invito a una misa de sanacion y la experiencia de espiritual que vivio fue tan grande que empezo a comprometerse mas con la iglesia hasta que tuvo la conviccion de querer ser religiosa.

La paciente manifiesta que se siente cansada y que eso posiblemente se deba a que no duerma bien. Dice que ella quisiera hacer sus labores habituales bien y rapido pero no tiene fuerzas ni deseo de hacerlo. le molesta que le diga que haga lo que ella sabe debe hacer pero no lo hace y se mantiene en un círculo de lo que quiere hacer y no lo hace y de lo que debe hacer y tampoco lo hace.

Por mas que lucha con sus pensamientos no puede controlarlos y se preocupa por todo. en ocasiones ella misma se pregunta por que esta preocupada por cosas que a ella no le conciernen pero sigue preocupada.

Estado de salud mental

La paciente llega a la hora indicada su presentacion es pulcra. La postura que adopta denota su disposicion para colaborar su lenguaje es coherente y espontaneo. Se le ve tranquila y aunque parece sincera por momentos manifiesta cierto nerviosismo reflejado

en algunos gestos y movimientos A nivel motor se muestra flexible y agil el contacto visual con la terapeuta es normal

Analisis Multiaxial

Eje I Trastorno de ansiedad generalidad (F41 1)

Eje II Sin diagnostico

Eje III Sin diagnostico

Eje IV Sin diagnostico

Eje V EEAG = 89 (actual)

Resultado del instrumento de medicion utilizada – IDARE

	Ansiedad como	Pre Prueba	Post Prueba	Variacion porcentual
Formanda N°6	Estado	54	30	44%
	Rasgo	31	28	10%

Informacion general Paciente 7

Nombre L L C

Sexo femenino

Nacionalidad colombiana

Edad 22 años

Estudios realizados universitarios

Tiempo de formacion 15 meses

Referido por su formadora

Motivo de consulta

La paciente manifiesta estar distraida y muchas veces no escucha cuando se le habla segun lo manifestado en la entrevista sus pensamientos la tiranizan y no se siente libre de pensar lo que quisiera si no lo que la mente le dicta Piensa mucho de dia y de noche se queda hasta altas horas de la noche despierta y se preocupa porque al dia siguiente va a amanecer cansada y con sueño El no dormir bien la mantiene tensionada y disgustada

Historia familiar

La mayor de dos hermanas criada por la madre y los abuelos el padre abandono el hogar para irse con otra mujer cuando ella tenia 8 años estaba en tercer grado y vivian en un barrio popular donde la droga la prostitucion los robos y el alcohol era lo que a diario se veia

Muchas veces ella cuando iba o venia de la casa le ofrecian la droga para que la probara pero ella con dulzura y firmeza siempre se nego a aceptarla Dice que esa fue la etapa mas dura de su vida cuando veia a su mama llorar y pelear con la abuela porque el dinero no alcanzaba

Considera que su mama es una mujer sin aspiraciones que se contenta con poco y que no hace nada para tener un mejor estilo de vida Dice recordar los gritos de sus padres discutiendo y ella tratando de distraer a su hermanita para que no llorara

Dice que su padre se fue de casa con razon porque la mama con sus reproches lo canso

No sufrio de ninguna clase de enfermedad fue una niña sana y la mama le contaba sus problemas siendo que ella no habia entrado aun a la primaria por esa razon ella empezo a creer que debia proteger a la mama

Desde los 9 años que hizo la primera comunión empezo a formar parte de los grupos infantiles y juveniles de la Iglesia Siendo una niña de once años ya los adolescentes la buscaban para pedirle consejos Era considerada una persona madura y era el ejemplo para todos

Conversaba mucho con su mama y la aconsejaba para que no discutiera con la abuela pero dice que su mama estaba tan dolida que solamente se escuchaba a si misma

A pesar de que su papa no estaba en casa ella no le guarda rencor y si en algun momento tiene que ayudarlo en algo ella estara dispuesta a tenderle la mano

Fue una estudiante normal nunca fracaso un ejercicio porque siempre repasaba en casa el material que habia dado en clase Por lo general fue responsable y educada en su trato con todos

La cercanía con la religiosa que trabajaba en su capilla la motivo para querer ingresar a la vida religiosa

Dice la paciente que la realidad vivida por ella en la niñez y adolescencia en este momento es como una película en su mente piensa y se preocupa por su hermana porque no sabe si sucumbió ante la invitación de los otros jóvenes a consumir estupefacientes le preocupa si en casa tienen comida porque ella en el convento come bien a veces llora porque siente que debe hacer ayuno para solidarizarse con su familia que tiene necesidad

Quiere ser religiosa ahora los primeros meses en que se sentía y estaba bien pero sus pensamientos la obligan a perder de vista sus aspiraciones duerme poco piensa piensa solamente piensa no toma acciones ni busca alternativas al final cuando logra conciliar el sueño ya es hora de levantarse y amanece cansada dice que siente todo su cuerpo adolorido quisiera poder sacarse todos los pensamientos de su cabeza

Estado de salud mental

Es puntual en la hora de llegada a la entrevista su presentación personal es impecable su postura indica la disposición para colaborar el tono de voz es alto el lenguaje fluido las respuestas son rápidas y coherente la motricidad es normal mantiene buen contacto visual con la terapeuta y su manera de conducirse demuestra espontaneidad

Análisis Multiaxial

Eje I Trastorno de ansiedad generalizada (F41.1)

Eje II Sin diagnóstico

Eje III Sin diagnóstico

Eje IV Familia disfuncional

Eje V EEAG = 85 (actual)

Resultado del instrumento de medición utilizada – IDARE

	Ansiedad como	Pte Prueba	Post Prueba	Variación porcentual
Formanda N°7	Estado	49	35	29%
	Rasgo	29	27	7%

Informacion general - Paciente 8

Nombre M B Z

Sexo femenino

Nacionalidad ecuatoriana

Edad 19 años

Estudios realizados secundaria

Tiempo de formacion 11 meses

Referido por su formadora

Motivo de consulta

La formanda manifiesta que se duerme en diferentes lugares se altera con facilidad cuando le dicen algo o aunque no le digan nada dice sentirse molesta

Realiza las actividades con desgano se cansa con facilidad todo el tiempo su mente se la pasa pensando y pareciera que tuviera un mundo de pensamientos esperando para tonar su turno se sorprende de todo lo que piensa quisiera tener la mente en blanco para descansar Duerme poco y cuando se levanta los pensamientos estan ahí y por mas que intenta no sabe como deshacerse de ellos

Antecedentes

Su familia estaba formada por la mama que se dedicaba a ser ama de casa el padrastro que era el proveedor de todo y no hacia diferencia entre sus hijos y sus hijastros ella sus dos hermanos y un hermanastro que era el mayor

La paciente es la segunda de tres hermanos y la unica niña dentro del hogar por eso le gustaba jugar a ser princesa y sus hermanos eran principes y la rescataban siempre que estaba en peligro

Dice que su padre murio cuando ella tenia un año y su mama se volvio a casar cuando la paciente recién cumplia los tres años Dice no tener quejas de su padrastro al que presenta como su papa La comunicacion con la mama es buena segun la paciente siempre se ha sentido apoyada por ella

Recuerda que de niña le celebraban sus cumpleaños y la llevan a ciertos restaurantes de comida rápida con sus hermanos algunos amiguitos

Considera que como niña vivió todas sus etapas y cuando habla de su niñez lo hace con alegría sus hermanos siempre la ayudaron y ella sabía que podía contar con ellos para lo que fuera

No recuerda haberse enfermado aunque dice sonriendo que su mamá le contaba que cuando la llevaban al médico la presencia de la enfermera le daba pavor y lloraba a gritos. Sus estudios primarios los realizó en una escuela privada pero los secundarios en una oficial debido a que estaban acondicionando la casa porque un temblor la había deteriorado.

Fue en el colegio del estado donde conoció a la religiosa que la invitó a un encuentro vocacional su relación con la consagrada fue especial la consideró para que fuera su acompañante espiritual y las situaciones importantes que se le presentaban la compartía con ella no para que la religiosa le dijera que hacer si no para que le diera otro punto de vista de modo que pudiera tomar la mejor decisión.

Su trato con la religiosa la llevó a un encuentro con Jesús y a partir de ese momento empezó en ella el deseo de conocer más la vida de las consagradas y a querer formar parte de una comunidad de vida activa para servir a Dios y a la Iglesia.

Tan pronto terminó sus estudios secundarios inició su etapa de formación y según la formadora estaba bien alegre confiada y convencida de que esta vida es la que ella quería.

Dejó de relacionarse con la religiosa porque su nuevo estado hacía que la comunicación fuera cada vez más distanciada. Consideraba que su vida era casi perfecta a pesar de las exigencias.

Le gustaba madrugar le encantaban las oraciones y la forma en que rezan le gustan los cantos la distribución de las actividades durante el día las clases que recibe la formación en general todo le gusta.

Después haber terminado el postulante e iniciado el noviciado se enteró de que la religiosa que le había hecho la promoción vocacional se retiró de la comunidad empezó a pensar que tal vez ella también más adelante puede tomar la decisión de abandonar la comunidad que como ya es mayor de edad ella se va a convertir en una carga para la familia de que va a vivir cuando eso pase que no quisiera regresar con su familia para que no la consideren una fracasada dice que sus pensamientos no la dejan tranquila

Se preocupa de esas cosas porque si ella estaba contenta con la vida que hasta ahora lleva como formanda por que la ha afectado tanto la decisión de la religiosa de cambiar su estado y pasar de consagrada a ser una laica que aunque se repite que ella no tiene que actuar igual en el fondo siempre le viene la pregunta ¿y si decides hacerlo?

Se sentía molesta con ella y esa molestia se manifestaba en la forma de tratar a las otras formandas en su forma de hablar se notaba la agresión contenida y las actividades que anteriormente mente realizada con alegría ahora le cuesta mucho hacerla le dicen que se ha vuelto perezosa pero ella dice que está siempre tan cansada que hace su mayor esfuerzo para cumplir con los oficios que le corresponden

Estado de salud mental

La paciente se presenta a la sesión bien presentada su ropa está limpia y bien planchada sus zapatos lustrados se muestra reservada al inicio a medida que se va desarrollando el diálogo se muestra más comunicativa Su lenguaje es fluido pronuncia las palabras correctamente y está bien orientada en tiempo y espacio

Análisis Multiaxial

Eje I Trastorno de ansiedad generalizada (F41.1)

Eje II Sin diagnóstico

Eje III Sin diagnóstico

Eje IV Criada por mamá y padrastro

Eje V EEAG = 82 (actual)

Resultado del instrumento de medicion utilizada – IDARE

	Ansiedad como	Pre Prueba	Post Prueba	Variacion porcentual
Formanda N°8	Estado	52	33	37%
	Rasgo	35	31	11%

Informacion General Paciente 9

Nombre C A T H

Sexo femenino

Nacionalidad colombiana

Edad 24 años

Estudios realizados universitarios

Tiempo de formacion 28 meses

Referido por su formadora

Motivo de consulta

La formanda se ve cansada y manifiesta estarlo sin haber realizado algun esfuerzo que justifique el cansancio se le ve pensativa y tensionada sin que haya razon aparente para estarlo se le realizaron exámenes medicos y su estado de salud es bueno a excepcion de una dermatitis que le ha empezada nuevamente en los brazos y piernas

Historia familiar

Familia compuesta por papa mama y cinco hermanos tres mujeres y dos varones ella es la menor de las tres mujeres y desde los 11 años soñaba con ser religiosa en familia participaban de la Eucaristia dominical y ella cuando tenia oportunidad iba a misa entre semana y se quedaba visitando a Jesus Sacramentado

Sus padres son comerciantes y todos los dias se sentaban con ellos en las tardes para escuchar y cuestionarlos sobre lo que habian vivido durante el dia Considera que su familia es muy unida y que sus padres fomentaban el dialogo A la edad de cinco años ya sabia leer y sumar Aprendio viendo a sus hermanos estudiar por eso al iniciar la escuela primaria la pasaron de grado

Memoiza con facilidad y recuerda sin esfuerzo lo que se le dice En la escuela fue buena estudiante pero tenia pocos amigos porque casi no hablaba Manifesto que a raiz de la muerte de su hermana mayor los papas dejaron de conversar con ellos y ella a su vez empezo a conversar menos con sus compañeros en la escuela

A pesar de tener buena memoria no fue una estudiante sobresaliente se conformaba con ser solo buena se sentia desmotivada y con poco deseos de estudiar

A los 9 años le salio una alergia en la piel por lo que hay ciertos productos que no puede utilizar por eso en algunas ocasiones debe ir al dermatologo La alergia de la piel la asustaba y pensaba que por esa enfermedad los compañeros la podian molestar

Se graduo de la secundaria y al inscribirse para la universidad le correspondio en un departamento distinto al que vivia alli fue donde conocio a las hermanas con las que actualmente se esta formado para ser religiosa

La formanda manifiesta que su mayor ideal es ser religiosa pero que al estudiar elCodigo de Derecho Canonico con su maestra se dio cuenta de que para hacer los votos perpetuos la persona no debe padecer ningun tipo de enfermedades fisicas a menos que la haya contraido dentro del Instituto

Su enfermedad de la piel la tiene preocupada porque cree que este es un impedimento para continuar la vida religiosa y piensa que en cualquier momento la van a llamar para decirle que debe abandonar el Instituto

Pasa parte de la noche sin dormir y dice que a pesar de no desearlo ese pensamiento no se le quita amanece cansada y piensa que le van a llamar la atencion porque no hace las cosas bien pero aunque ella hace su esfuerzo no puede evitarlo su pensamiento divaga entre lo que le esta pasando y lo que le va a pasar se siente tensa e imagina lo que sera su vida cuando la saquen del convento porque su vocacion es ser religiosa y toda su vida ha estado dirigida a este objetivo considera que Dios es injusto con ella porque le manda una enfermedad que le puede trancar su vocacion

Examen de salud mental

La paciente es puntual en la asistencia a las sesiones su presentacion personal es la adecuada segun su estado Se muestra tensa y preocupada su lenguaje es fluido habla en voz baja y aunque se muestra dispuesta a dialogar no puede evitar que sus nervios se

manifiesten en los movimientos de manos y en la forma de sentarse realiza algunos ejercicios con rapidez pero con algo de temblor Su mirada es triste y sonrie poco

Analisis Multiaxial

Eje I Trastorno de ansiedad generalidad (F41 1)

Eje II Sin diagnostico

Eje III Dermatitis alergica

Eje IV Sin diagnostico

Eje V EEAG = 83 (actual)

Resultado del instrumento de medicion utilizada – IDARE

	Ansiedad como	Pie Prueba	Post Prueba	Variacion porcentual
Formanda N°9	Estado	56	31	45%
	Rasgo	25	22	12%

Informacion General Paciente 10

Nombre A M G

Sexo femenino

Nacionalidad panameña

Edad 22 años

Estudios realizados secundarios

Tiempo de formacion 23 meses

Referido por su formadora

Motivo de consulta

La paciente manifiesta que desde hace mas de ocho meses empezo a sentir disgusto al realizar las actividades que antes le apasionaban y esa irritabilidad la traspasaba a sus hermanas de comunidad aun sabiendo que no tenia la razon justificaba toda molestia o rebeldia se jactaba de decirle las verdades a las otras en sus cara y no se callaba nada porque si ella tenia la razon no le iba a aguantar nada a nadie Esta conducta hacia que el grupo comunitario se pusiera tenso

En las noches cuando hacia su examen de conciencia se arrepentia y sentia culpa por lo que hacia en el dia le costaba dormirse y lloraba porque no sabia que le estaba pasando Piensa mucho en su familia y en las expectativas que tenian con ella su cabeza es un torbellino se cansa de pensar y siente todo su cuerpo tenso y adolorido

Historia familiar

La mayor de cuatro hermanas crecio en un hogar formado por papa y mama ambos trabajaban pero estaban muy pendientes de sus hijas Dice que sufrio de todas las enfermedades que les daban a los niños porque la abuela decia que era mejor que se enfermaran pequeñas y que ella las cuidaba ya que de grandes era peor

Su familia es de fuertes convicciones cristianas de misa dominical y recepcion de los sacramentos participacion en grupos de oracion convivencias y retiros parroquiales

Manifiesta querer mucho a sus padres con los cuales mantiene muy buena relación y quienes están muy contentos de que actualmente se encuentra en la etapa de formación para consagrar su vida a Dios

Creció en una población del interior en la que todos los vecinos se conocían porque existía algún grado de parentesco y en el que en las fiestas todos participaban. Le gustan los deportes y formó parte del equipo de baloncesto de su colegio aunque servía para todos los deportes. Fue estudiante sobresaliente y se graduó de sexto años con uno de los 10 mejores promedios de su colegio.

Como hermana mayor sus padres le inculcaron que debía dar buen ejemplo a sus hermanas y con frecuencia le decían que de su comportamiento dependería el ejemplo que siguieran las otras. Ella dice que cada cual elige su destino pero igual no estaba en ella tener comportamientos inadecuados por lo que actuaba con la conciencia de que debía agradar a Dios.

Inició estudio en el extranjero y regresó a su país en unas vacaciones pero ya venía con la idea de querer ser religiosa. Conversó con sus padres y estos no se opusieron. Desde que ingresó al convento dice que se caracterizó por su compañerismo, sentido de humor y tolerancia. Después de estar casi dos años en el convento según la paciente empezó a inquietarse por los estudios que no terminó.

Tiene sentimiento de culpa porque cree que no le dio buen ejemplo a sus hermanas al abandonar los estudios iniciados en el extranjero sin considerar la alegría de la familia porque ella era la primera que salía del país. Además de los gastos en los que habían incurrido sus padres se considera mala hija y mala hermana. Se disgusta por cualquier insignificancia y dice desconocerse por el grado de agresividad que está manifestando.

Examen de salud mental

La paciente se presenta vestida según lo requiere el hábito de la comunidad a la que pertenece. Su apariencia es agradable y pulcra, demuestra seguridad y confianza en sí.

misma aunque por momentos su tono de voz se torna bajo como si no quisiera que se le escuchara Su lenguaje es fluido y coherente esta bien ubicada en el tiempo y su motricidad es buena

Analisis Multiaxial

Eje I Trastorno de ansiedad generalidad (F41 1)

Eje II Sin diagnostico

Eje III Sin diagnostico

Eje IV Sin diagnostico

Eje V EEAG = 87 (actual)

Resultado del instrumento de medicion utilizada – IDARE

	Ansiedad como	Pre Prueba	Post Prueba	Variacion porcentual
Formanda N°10	Estado	58	28	52%
	Rasgo	37	32	14%

ANEXO N° 4

PROGRAMA DE ATENCION A MUJERES FORMANDAS PARA CONSAGRARSE COMO RELIGIOSAS

Sesiones individuales

Sesion 1, 2 y 3 Entrevista y aplicacion de prueba

Objetivo

- Establecer *rapport* con la formanda
- Conocer aspectos generales de su historia familiar
- Conocer aspectos relacionados con el deseo de formar parte de una comunidad religiosa
- Aprobacion del consentimiento informado
- Presentacion del alcance del programa
- Aplicacion de pruebas de ansiedad

Ademas de establecer el *rapport* necesario para lograr una buena alianza terapeutica en estas primeras sesiones se establecen las reglas con las que ha de conducirse el programa

Es necesario que las formandas quieran participar y compartir sesiones con otras jovenes que tambien forman fraternidad en otros Institutos de vida consagrada

Se les informa de la confidencialidad del programa y de la libertad que ellas tienen para abandonarlo cuando lo consideren necesario

Se comparte la razon y alcance del programa haciendoles conocer que este se realiza debido a los sintomas comunes presente en ellas que han optado por ser consagradas pero que pueden no lograr su objetivo con alegria si no logran superarlos

Sesiones en grupo

Sesion 4 Dinamica grupal Quiero ser religiosa porque

Objetivo

- Integrar entre sí a las formandas del programa
- Reforzar con el grupo lo compartido en las sesiones individuales sobre las reglas y el alcancen del programa

Se realiza la presentación de las formandas y con la dinámica rompe hielo se logra eliminar la barrera del silencio la distancia y desconfianza propia de las formandas por ser de diferentes comunidades religiosas

Con esta dinámica rompe hielo llamada 'Quiero ser religiosa porque' se busca que las formandas compartan entre sí con el tiempo limitado y con la mayor cantidad posible de participantes los motivos que la han llevado a optar por una vida distinta en una comunidad religiosa

La dinámica se desarrolla haciendo que las formandas dialoguen entre sí de dos en dos cambiando de pareja cuando se les indique

En la plenaria según donde estén sentadas se vuelven a presentar En esta ocasión en lugar de presentarse personalmente presentan a quien tienen al frente y comparten las razones que la llevo a optar por la vida consagrada

Finalizada la dinámica se procede a dar respuestas a las preguntas que surgen sobre el tema

Tarea Hacer listas

Hacer una lista donde indiquen las razones por las desean ser religiosas

Hacer una lista de las características que según sus comunidades deben tener las religiosas

Hacer una lista de sus cualidades personales

Hacer una lista de las actitudes personales que van en contra de sus ideales de ser religiosas

Sesiones 5 y 6 Tecnicas de respiracion y de relajacion

Objetivo

- Revisar la tarea asignada en la sesion anterior
- Enseñar a las formandas la tecnica de respiracion y de relajacion para que aprendan como aplicarlas en el diario vivir (Apendice A)
- Aplicar la tecnica de respiracion para reducir niveles de ansiedad

Se revisa que se haya cumplido la tarea asignada de hacer las diferentes listas Se realiza el analisis y compartir entre todas las formandas que han descubierto en ellas al desarrollar las tareas

Con los ejemplos proporcionados por las formandas y el dejar al descubierto las actitudes negativas que de una forma u otra le no les estan haciendo bien se introducen los conceptos basicos de la herramienta Control de la Respiracion para manejo de estres y reducir los niveles de ansiedad

Control de respiracion

Se le indica a las pacientes la importancia de respirar correctamente para lograr una buena oxigenacion del cuerpo y de esta manera ayudar a controlar los sintomas de ansiedad producto de situaciones estresantes que ellas han vivido o viven actualmente

La tecnica de control de respiracion es muy util para desactivarnos en los momentos de gran ansiedad permitiendonos hacer frente a la situacion o evento estresante

La respiracion esta directamente relacionada con la activacion como se demuestra por el hecho de que al mismo tiempo que ciertos ejercicios sirven para la reduccion de niveles elevados de ansiedad otros por ejemplo los que generan hiperventilacion pueden inducir severos ataques de panico (Bourne 2015)

Se asume que la respiración completa esto es la que implica la musculatura diafragmática provoca la activación parasimpática (Everly 1989) o lo que es equivalente favorece la relajación de manera que el entrenamiento en ciertas pautas respiratorias puede ser un adecuado procedimiento para la reducción de los efectos del estrés y en general los trastornos debidos a un exceso de activación (Choliz Montañes)

De la obra de Choliz Montañes se extraen algunas de las diferentes técnicas de respiración

- Respiración profunda

Se trata de un ejercicio útil para la reducción del nivel de activación general

Sentarse cómodamente colocar la mano izquierda sobre el abdomen y la derecha sobre la izquierda

Imaginar una bolsa vacía dentro del abdomen debajo de donde apoyan las manos Comenzar a respirar y notar como se va llenando de aire la bolsa y la onda asciende hasta los hombros

Inspirar durante 3 5 segundos

Mantener la respiración

Repetirse interiormente mi cuerpo está relajado

Exhalar el aire despacio al mismo tiempo que se repite a uno mismo ordenes de relajación

Realizar 4 o 5 ejercicios de respiración seguidos

Repetir los ejercicios por la mañana tarde noche y en situaciones estresantes como un ritual

Es importante practicar regularmente los ejercicios

- Ejercicios con aparatos

Pueden utilizarse aparatos para ejercitar la respiración Debe tenerse en cuenta la utilización de aparatos tanto para incrementar la motivación por la tarea como por el hecho de que es más fácil obtener *feedback* de la ejecución y constatar los progresos obtenidos Los más característicos son los siguientes

Soplar y apagar una vela colocada cada vez mas alejada
Soplar y mover la llama pero sin apagarla (control del soplo)
Empujar una pelota de ping pong sobre una superficie lisa hacia otra persona
Hacer pompas de jabon

- Ejercicios cotidianos

Se realizaran ejercicios respiratorios durante la jornada sin necesidad de incluirlos en sesiones estructuradas

En posicion sentada dejar que la respiracion fluya y notar que cavidades llena
Tirarse de la nariz abrirse las fosas nasales a la vez que se inspira
Realizar ejercicios para bostezar (estirarse abrir la boca mover la mandibula inferior)
Realizar ejercicios para suspirar como por ejemplo suspirar a la vez que inclinamos el cuerpo hacia adelante soltando el aire (Apendice B)

Se realizan practicas sencillas de respiracion en un ambiente controlado de tranquilidad y calma

Se les informa a las formadas que es importante la practica diaria de esta tecnica para poder dominarla y aplicarla en las situaciones de ansiedad Que en la medida en que ellas practiquen la tecnica la realizaran con mayor efectividad y tendrian mayor capacidad de afrontamiento

Se le asigna como tarea

Llevar el registro de control de respiracion 10 minutos diarios hasta la siguiente sesion (Apendice B)

Practicar diariamente antes de dormir ejercicios de relajacion

Hacer una lista de sus cualidades personales Yo Soy (Apendice C)

Hacer una lista de las actitudes personales que van en contra de sus ideales de ser religiosas

Sesiones 7, 8, 9 y 10 Terapia Cognitivo Conductual como tratamiento efectivo en el Trastorno de Ansiedad Generalizada

Sesion 7 Fundamentos del Trastorno de Ansiedad Generalizada

Objetivo

- Revisar tareas y motivar el compartir de las experiencias en la realizacion de las tareas
- Describir el Trastorno de Ansiedad Generalizado y los sintomas asociados

Se les explica a las pacientes los aspectos basicos del Trastorno de Ansiedad Generalizada los sintomas asociados y como estos sintomas afectan el diario vivir de las personas Se dan a conocer otros terminos relacionados con la ansiedad: miedo, angustia, temor, panico y todos hacen referencia a un mismo proceso basico: el organismo reacciona para defenderse.

En un articulo relacionado con la ansiedad, Minici, Rivadeneria & Dahab (2014) señalan lo que ellos consideran como un aspecto olvidado pero importante de este constructo: el proceso es normal, sano e imprescindible para la salud.

Se les entrega el panfleto con informacion basica del Trastorno de Ansiedad Generalizada (Apendice D).

Se le asigna como tarea:

Continuar con el registro de control de respiracion y relajacion hasta la siguiente sesion.

Realizar registro de las preocupaciones que le produzcan miedo, tristeza que aparezcan entre y una sesion y la siguiente (Apendice E).

Confeccionar en casa esquema similar al arbol de ansiedad trabajado en la sesion (Apendice F).

Sesion 8 Fundamentos del Trastorno de Ansiedad Generalizada

Objetivo

- Explicar la Terapia Cognitivo Conductual como tratamiento efectivo en el Trastorno de Ansiedad Generalizada
- Revisar las tareas asignadas en las sesiones anteriores control de respiracion registro de preocupaciones
- Reforzar conocimientos generales del concepto ansiedad

En el proceso de revisar el cumplimiento de las tareas se motiva a las formandas el compartir de las experiencias vividas con el registro de situaciones que les hayan producido ansiedad como actuaron y que acciones tomaron

Este abordaje permite iniciar la presentacion de las diferentes tecnicas que se utilizan para ayudar a controlar los sintomas de ansiedad

Se indica a las formandas que durante el desarrollo del programa se utilizara la Terapia Cognitivo Conductual que ha demostrado ser eficaz para el tratamiento de este trastorno y junto con otras tecnicas para ayudarlas a reducir los sintomas de ansiedad que presentan Se les presentan los conceptos basicos de la TCC y la relacion que existe entre los acontecimientos los pensamientos y la conducta

Conocer esta relacion permitira que las formandas logren identificar como se sienten que es lo que las hace sentirse tristes angustiadas enfadadas con un estado de animo bajo

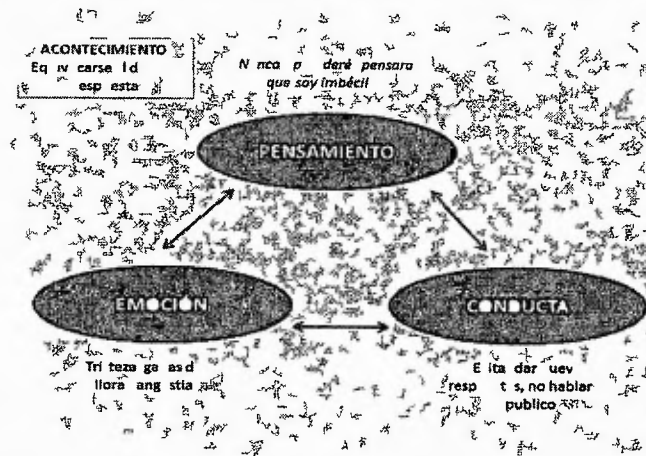
Se les motiva a que aprendan a conocer y a describir sus emociones

Identificar que cosas les impide cambiar de actitud y les provoca conductas negativas

Se introduce la diferencia entre pensamientos sentimientos emociones Sarrio (2016) presenta la diferencia entre pensamientos emocion y sentimiento

Figura N° 3

Ejemplo de relacion entre acontecimiento, pensamiento, conducta



- **Pensamiento**

El pensamiento (o cognicion) es un fenomeno psicologico racional y complejo que expresa la capacidad mental que todos los seres humanos tenemos para ordenar dar sentido e interpretar la informacion disponible en nuestra mente de la realidad percibida y a partir de ello crear nuestros conceptos

Dependiendo de la interpretacion o del sentido otorgado a los pensamientos estos podran conceptualizar nuestra experiencia o realidad de un modo o de otro e incluso activar determinados sentimientos

Emocion

Proviene del latin *emotio* que deriva a su vez del verbo *emovere* Tiene las acepciones de mover remover asi como la de turbacion y agitacion del animo Las emociones son el resultado de la evaluacion de una situacion por parte del organismo Tanto las emociones como todas las reacciones corporales asociadas a ellas sirven de base para los mecanismos basicos de la regulacion de la vida es decir se encuentran fundamentalmente al servicio de la supervivencia

Las emociones son intensas y de corta duracion preceden al sentimiento y dependen de las sensaciones y de las percepciones

- **Sentimiento**

El sentimiento es un estado del animo producido por ciertas causas (alegres y felices o dolorosas y tristes) que lo impresionan

El sentimiento surge como resultado de una emocion que permite que el sujeto sea consciente de su estado animico

El sentimiento es la representacion y la elaboracion cognitiva de determinadas experiencias como las emociones las percepciones el estado del cuerpo los recuerdos El sentimiento suele ser poco intenso pero de una duracion mayor que la emocion

Finalizada la sesion se le asignaron las siguientes tareas

Repasar el contenido de la informacion proporcionada en el panfleto de los conceptos basicos de la Terapia Cognitivo Conductual (Apendice G)

Identificar en formulario entregado que es una emocion pensamiento sentimiento (Apendice H)

Sesion 9 Fundamentos del Trastorno de Ansiedad Generalizada

Objetivo

- Presentar y explicar los conceptos del ABC de la Terapia Cognitivo Conductual
- Revisar las tareas de las sesiones anteriores

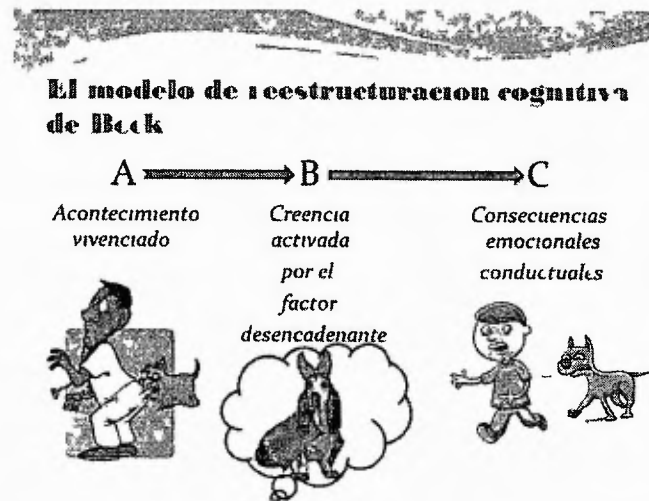
Se explica la relacion que existe entre los pensamientos lo que sentimos y como actuamos

La importancia de comprender y aceptar que la forma en que se piensa condiciona lo que se hace como se hace y por que se hace

- El pensamiento ante determinadas situaciones es el causante de muchas de las cosas que nos pasan Lo que sentimos o como actuamos en momentos dificiles esta causado en gran parte por lo que nos decimos interiormente a nosotros mismos o por lo que nos imaginamos
- Las ideas y peliculas interiores que nos hacemos nos sesgan porque se interpretan las cosas como no son algunas son placenteras nos hacen sentir bien y enfientar las situaciones Otras son displacenteras y nos hacen sentir mal dan ganas de escaparse rendirse o enfurecerse
- Con frecuencia cuando nos enojamos asustamos o desanimamos muy seguido puede ser porque se le ha dado una interpretacion igual o perezida a situaciones diferentes

Figura N° 4

Modelo de reestructuración cognitiva de Beck



Este esquema representa las relaciones emocionales y conductuales de los individuos partiendo de la teoría central de que las cosas que ocurren no son las que producen las perturbaciones sino que estas se generan por la interpretación que las personas tienen sobre ellas. Siguiendo este esquema los acontecimientos (A) no causan los problemas emocionales y de conducta que tienen los sujetos (C) sino que estos son causados por las creencias (B) que subyacen a las interpretaciones sobre A que hacen que los sujetos aunque se tienda a pensar que A causa C porque le sigue inmediatamente y en forma directa.

Se le pide a las formandas que compartan situaciones de su vida diaria en la que realmente se hayan sentido molestas o hayan actuado movidas por sus creencias y en la que puedan identificar la cadena de eventos ABC.

Finalizada la sesión se le asignaron las siguientes tareas:

Llenar formulario ABC de eventos que le ocurran hasta la siguiente sesión.

Continuar con el registro de control de respiración y relajación.

Sesion 10

Objetivo

- Reforzar conceptos del ABC de la Terapia Cognitivo Conductual
- Presentar el concepto de Creencias Irracionales
- Revisar las tareas asignadas en sesiones anteriores

Se le indica a las formandas que la distincion entre creencias racionales e irracionales es uno de los aspectos basicos de la TREP

Se presentan las ideas irracionales basicas

- Tengo que ser amado y tener la aprobacion de todas las personas importantes de mi entorno
- Si soy una persona valiosa tengo que ser siempre competente suficiente y capaz para conseguir todo lo que me propongo
- Las personas malas infames o inmorales deben ser culpabilizadas y castigadas por sus malas acciones
- Es horrible y catastrofico que las cosas no salgan no sean o no vayan como yo quiero o deseo
- Las desgracias humanas se originan por causas externas y no puedo hacer nada o casi nada para evitar o controlar la pena y el sufrimiento que me producen
- Si puede pasar algo peligroso o terrible debo sentirme muy preocupado o asustado y pensar constantemente en la posibilidad de que ocurra
- Es mas facil evitar que enfrentarme a las responsabilidades y los problemas vida
- Debo depender de personas mas fuertes y poderosas en quien confiar y apoyarme
- Las cosas que me ocurrieron en el pasado son determinantes de mi conducta actual y futura porque siempre me influiran de manera definitiva y me volveran a ocurrir
- Debo asumir y preocuparme mucho y constantemente por los problemas de los demas como si fueran mios

Cada problema tiene una solucion acertada y perfecta y es horrible y catastrofico no encontrarla

Se realiza una plenaria con los temas tratados se solicitan ejemplos de casos reales Con los ejemplos obtenidos se realizan practicas de llenar el registro ABC de pensamientos irracionales

Se entrega a las formandas volante con datos de las creencias irracionales (Apendice I)

Al finalizar la sesion se le asignan las siguientes tareas

Llenar el formulario debate de creencias irracionales (Apendice J)

Llevar el registro de control de respiracion 10 minutos diarios

Practicar diariamente antes de dormir ejercicios de relajacion

Sesion 11 Tecnica control de los pensamientos automaticos

Objetivo

- Identificar y controlar los pensamientos automaticos
- Proporcionar las herramienta que las ayuden al control de los pensamientos automaticos
- Continuar con la practica del control de la respiracion

Se revisa que se haya cumplido con la tarea asignada llenar el registro de pensamientos irracionales Con estos datos se avala y refuerzan los conceptos aprendidos y aplicacion del ABC de Ellis / Beck

Se verifica el resultado obtenido con la practica de control de la respiracion

Con los ejemplos que proporcionan las formandas y las nuevas experiencias adquiridas se introduce el concepto de pensamientos automaticos y se refuerza la diferencie entre pensamientos y sentimientos

Los pensamientos automaticos son pensamientos cortos palabras concretas o imagenes visuales cortas que llegan a la cabeza de repente sin que se pueda evitar Son pensamientos negativos que hacen su aparicion sin previo aviso dejando en la persona una sensacion de fracaso e incapacidad

Un ejemplo de pensamiento automatico vinculado con la autoestima es 'No soy capaz' 'no soy lo suficientemente inteligente' "no soy bueno para nada" Una de las características de estas ideas es que son dramaticas es decir en ellas no existen terminos medios por lo que describen la realidad en terminos de extremos (vision de blanco o negro)

Las ideas se presentan con tanta intensidad y frecuencia en la mente del sujeto que hace que la persona tenga dificultades para poder controlarla dicho Estos pensamientos tienen una gran fuerza mental y le roba a la persona mucha energia emocional

Los pensamientos automaticos irrumpen en la mente del sujeto en cualquier momento y situacion produciendo gran desgaste fisico y psiquico Con frecuencia los mensajes recibidos estan acompañado de la frases relacionadas con lo que 'deberia haber hecho haber dicho haber pensado' Es como si fuera un eco mental que lo condicionados por errores que supuestamente ha cometido en el pasado

La frecuencia de aparicion de estos pensamientos y el desgaste de energia emocional que conllevan hace que las formandas se sientan generalmente agotadas y sin el entusiasmo requerido para cumplir con las tareas que se le asignan en sus respectivas comunidades Insomnio facilidad para fatigarse son entre otros resultado de este tipo de pensamientos

Se solicita a las formandas que con la informacion recibida realicen una lista de los pensamientos automaticos mas relevantes e intensos en su dia a dia La frecuencia de aparicion y el grado de afectacion

En esta misma sesion y con los datos recopilados de los pensamientos automaticos se les recuerda a las formandas la diferencia entre pensamientos y sentimientos con el objetivo de asegurar la correcta identificacion de los pensamientos automaticos

Se introduce la herramienta de detencion de pensamiento que consiste en la interrupcion y modificacion del pensamiento intrusivo por medio de una palabra clave que interiormente indique basta ya stop tranquila etc

Inmediatamente y como si al pronunciar la palabra se pasara la pagina de un libro hay que cambiar el pensamiento intrusivo por otro pensamiento positivo o que sirva de distraccion por ejemplo Si mantienes la calma el mal rato pasara en un momento En cuanto se pase me voy a dar una recompensa Una vez lo haya superado me voy a encontrar muy bien Tambien se puede pensar en algo agradable que la paciente haya experimentado durante los ultimos dias o recordar momentos felices de su vida

Tarea

Identificar un pensamiento automatico y recurrente que sea de mediana afectacion

Al presentarse el pensamiento debe pensar en la palabra que ha escogida para detenerlo Luego lo reemplazara por uno positivo y como actividad distractora recordar un chiste una comedia un acontecimiento gracioso o algo que la haga sonreir

Se entrega el registro de los pensamientos automaticos para el control de la actividad asignada (Apendice K)

Se refuerza en las formandas la importancia de que realicen las tareas para que estas las ayuden a reducir la aparicion de este tipo de pensamiento que las impacta negativamente en su diario vivir

Se finaliza la sesion con el ejercicio de control de respiracion para reducir la intensidad de lo vivido en los ejercicios realizados

Sesion 12 y 13 Tecnica de detencion de pensamiento

Objetivo

- Revisar la tarea asignada en la sesion anterior registro de pensamiento automatico y aplicacion de tecnica de detencion de pensamiento
- Continuar reforzando los conceptos aprendidos en la sesion anterior con los nuevos ejemplos obtenidos del registro ABC Ellis / Beck
- Enfrentar los miedos y practicar la tecnica de visualizacion

Con la tecnica de detencion del pensamiento no se logra resolver los problemas que causan la ansiedad Esta es una tecnica que ayuda a controlar y a lograr el equilibrio en un momento de mucha ansiedad Es posible que existen situaciones que rebasan la efectividad

de la detencion del pensamiento lo que obliga a enfrentar la situacion agobiante y a encontrar una verdadera solucion

El miedo lleva a las personas a

- No enfrentar las situaciones temidas
- Escapar huir de las situaciones cada vez que se presentan momento de gran ansiedad
- Vivir continuamente angustiado pensando en lo que pudiera o no ocurrir
- Enfrentar las situaciones angustiantes solo si cuenta con algun tipo de ayuda

Las acciones anteriores son ayudas momentaneas para enfrentar el miedo pero no son soluciones reales

Por medio de la herramienta de visualizacion se lleva a las formandas a enfientar las situaciones que mayor ansiedad le causan en su rutina diaria

El establecimiento de un Lugar seguro es uno de los muchos recursos que nos ofrece la visualizacion Esta herramienta tiene grandes y gratificantes beneficios gran efectividad cuanto mas se utiliza porque la visualizacion se hace cada vez mas rica y fortalece a la paciente en sus debilidades

Con la tecnica conocida como Un lugar seguro se lleva a las patientess por medio de la visualizacion en este caso como ellas quieren ser religiosas en la compañia de Jesus a un lugar placentero en el que solo ella y Jesus estaran y all  trataran los asuntos problemas inseguridades deficiencia enfermedades dudas en fin todo lo que la este afectando

Se inicia con el ejercicio de respiracion para sosegar y aislar los ruidos la respiracion calmada y sosegada las llevara a relajarse cada vez mas y mas se les va guiando por medio de alguna narracion a que enfrenten una situacion que las esta afectando sentir que no estan solas que alguien las acompaña le da fortaleza y seguridad se le presentan situaciones o problemas que le causen ansiedad medianamente se les lleva a que lo confronten dialogan con ellas mismas con el acompañante en otra ocasion se les presentaran situaciones mas complejas para que puedan afrontarla poco a poco

Se les indicara que por ser su lugar seguro ahí solo pueden llegar las personas que ellas inviten y que ellas pueden ir cuantas veces consideren hacerlo

Finalizada la sesión se le asignaron las siguientes tareas

Continuar los ejercicios de respiración y registro de pensamientos

Practicar técnica de visualización Lugar seguro (Apendice L)

Sesión 14 y 15 Técnica de solución de problemas

Objetivo

- Revisar de tarea asignada en la sesión anterior
- Resumir y validar los conceptos aprendidos trastorno ansiedad psicoterapia cognitivo conductual pensamientos irracionales sentimientos pensamientos automáticos
- Aplicar el escaner corporal como técnica de relajación
- Conceptualizar y practicar la técnica de solución de problemas
- Aplicar la técnica de solución de problemas

El entrenamiento en la solución de problemas es un proceso cognitivo y conductal que le brinda a las pacientes alternativas de solución frente a las problemáticas que surgen en la convivencia fraterna

La técnica consta de cinco pasos

- Se orienta a la formanda hacia el problema
- Definir y formular el problema
- Generar soluciones alternativas
- Identificar y valor las consecuencias Toma de decisiones
- Práctica de solución de problemas y la verificación

No se puede pasar de una fase a otra sin haber superado previamente la anterior cuando en un paso no hay suficiente conocimiento o no se eligió la solución adecuada se debe regresar a la fase anterior para que cuando se realice correctamente se pueda pasar a la

siguiente fase

Primer Paso Reconocimiento del problema

Se debe reconocer que los problemas forman parte de la vida normal son cotidianos. Algunas personas pueden solucionarlos con facilidad y a otra les resulta mas difícil encontrar la manera de solucionarlos generalmente se buscan soluciones satisfactorias a los problemas y aunque estos existan las personas no sufren ni se encuentran desmoralizadas ante los mismos porque saben como solucionarlos.

Se debe reconocer que los problemas existen son reales que estan ahí y de nada sirve ignorarlos tratar de escapar de ellos o hacerse a la idea de que no existen. Se les debe enfrentar pero de un modo efectivo y sin que causen mayores preocupaciones.

Se debe pensar en los problemas (tanto en los poco relevantes como en los muy relevantes) que se tiene en la actualidad y cuando se tenga clara la existencia cotidiana de ellos y se les identifique claramente se pasa a la segunda fase.

Dinámica Indicar el problema o problemas que tiene en la actualidad y su nivel de gravedad en una escala de 0 (nada) a 10 (muchísimo).

Segundo Paso Definición y formulación del problema

Reconocida la existencia de los problemas se debe definir claramente cada uno de ellos. Hay que determinar quien que donde cuando por que y el como de cada problema. Claramente y en terminos especificos y concretos se definen los problemas. Se utilizara la informacion relevante y se desechara la irrelevante. Solo se deben utilizar hechos concretos no opiniones o creencias.

Se deben identificar los factores y las circunstancias que hacen de una situacion un problema las metas principales y especificas relacionadas con el problema y los problemas que se derivan del problema principal.

Tercer Paso Generación de soluciones alternativas

Cuando se tiene claramente definido el problema y las metas relacionadas con el mismo se pasa a buscar el mayor numero posible de soluciones alternativas al problema

Se trata de buscar nuevos recursos dejar de lado la forma habitual de solucionar y general tantas ideas como fueran posible escribir una lluvia de soluciones alternativas

Dinamica Partiendo del problema planteado en el paso 1 escribir una lluvia ideas que puedan servir como alternativas de solucion

Cuarto Paso Toma de decisiones

De las soluciones planteadas en el paso anterior se elige la que sea mejor mas util o eficaz para aplicarla en el problema actual Se tendra en cuenta si con la solucion escogida se alcanzan los resultados esperados

Se evaluarán las consecuencias

- Consecuencias personales contemplando el tiempo que toma cumplirlo el esfuerzo realizado los costos o ganancias emocionales que respeten los valores eticos y morales el bienestar fisico u otras consecuencias personales especificas del problema
- Las consecuencias sociales efectos en el grupo fraterno en el apostolado la familia
- Las consecuencias a corto y largo plazo
- Maximizar los beneficios y la minimizar los costos

Dada la solucion debe plantearse algunas preguntas

- Esta solucion ¿puede cambiar la situacion problematica?
- ¿Necesito algo mas antes de empezar a ponerla en practica?
- ¿Que solucion o combinacion de soluciones debo elegir para poner la solucion en practica?

Dinamica Siguiendo los pasos que se le ha indicado poner en marcha la solucion en la vida fraterna

Quinto Paso Puesta en practica y verificacion de la solucion

Cuando se decide la mejor solucion se pone en practica y se verifica si en la convivencia fraterna es efectivamente la mas adecuada. Se puede iniciar por ponerla en practica en forma simbolica. Usando la imaginacion para este fin se mira a ella misma llevando a cabo la accion. Una vez que este bien realizada pasa a ponerla en practica en la situacion real donde se da el problema.

Realizada esta practica lo siguiente es

- Observar su propia conducta y los resultados obtenidos con esta nueva alternativa
- Comparar el resultado observado con el esperado
- Retroceder a fases anteriores si fuera necesario
- Finalizar el proceso de solucion de problemas si el resultado es satisfactorio
- Elogiarse a si misma por haber conseguido solucionar un problema satisfactoriamente

Pasos a seguir cuando el resultado no es satisfactorio

Si los resultados no son los esperados puede ser porque el proceso de solucion de problemas o la ejecucion del mismo se realizaron inadecuadamente. Es recomendable volver revisar los pasos anteriores y comprobar si el problema estaba bien definido si se generaron todas las soluciones posibles si se tomo la solucion adecuada y si la decision tomada fue puesta en practica.

En la sesion 14 se trabajaron los pasos 1 y 2. Se organizaron pequeños grupos para que trabajen. Cada participante debe describir una situacion problematica tratar de definirla lo mas completa posible. Los ejemplos se trabajaron en el tablero para una mayor comprension de los pasos a seguir.

En la sesion 15 se trabajaron los pasos 3 4 y 5 Se refuerza lo aprendido en la sesion anterior Se organiza el trabajo en pequeños grupos

Finalizada la sesion se le asignaron las siguientes tareas

Continuar practica de los pasos para solucion de problemas

Continuar practica de ejercicios de relajacion y lugar seguro

Sesion 16 Tecnica dramatizacion

Objetivo

- Utilizar el drama para representar situaciones cotidianas de la vida fraterna que por efecto de los conceptos o ideas erroneas que se tiene generan ansiedad a las pacientes
- Escenificar como influyen los pensamientos en lo que sentimos y como actuamos
- Presentar en el drama las tecnicas aprendidas durante las sesiones para superar la ansiedad
- Llevar a plenaria lo presentado en la dramatizacion
- Hacer el compromiso de continuar llevando los registros ABC y de pensamiento sentimiento o emocion asi como de practicar los ejercicios de respiracion o relajacion en momentos de ansiedad

Sesiones de Seguimiento

Sesiones 17, 18, 19 y 20

Objetivos

Evaluar los logros obtenidos y aplicacion de la post prueba

Despues de dos semanas se iniciaron las sesiones de seguimiento a la primera asistieron las diez pacientes en diferentes dias y horarios

Se le aplico la post prueba y se pudo contactar que los logros alcanzados aun se mantenian

- Los pensamientos irracionales en relacion a las situaciones que las pacientes esperaban de su nueva vida comunitaria fueron analizados y confrontados

- Solo dos de las diez pacientes mantienen aunque en un nivel menor pensamientos automaticos que les generan ansiedad
- El resto de las pacientes al reducir la presencia de los pensamientos automaticos e irracionales lograron conciliar el sueño lo que redujo la tension y la fatiga en las actividades cotidianas
- Los problemas de convivencia fraterna y la ira han disminuido al superarse los problemas del sueño

Se le brinda a las pacientes que así lo quisieran la oportunidad de participar en tres sesiones de seguimiento de 60 minutos cada sesion para ser atendidas individualmente

Sesion 18

En estas sesiones individuales llegaron las 10 pacientes se les presento el resultado de la pos prueba y se hizo la comparacion con los resultados obtenidos en la pre prueba se les hizo las observaciones pertinentes y se les invito a participar en dos sesiones mas si lo consideraban necesario

Sesion 19

La paciente N° 1 Pidio que se le profundizara un poco mas el A B C de la terapia cognitiva Conductual porque creia haber descubierto otros sentimientos que afloraron en algunas vivencias fraternas

La paciente N° 2 ha logrado mantener las habilidades proporcionadas y se siente muy segura ya es capaz de tomar decisiones y es consciente de que puede equivocarse pero que todos en un momento dado nos podemos equivocar

La paciente N° 4 Continúa pensando que su enfermedad posiblemente la obligue a abandonar la vida religiosa pero se siente menos tensa y duerme mejor

La paciente N° 5 Manifiesta continuar con la preocupacion por la situacion familiar y de su pais solo que ahora es mas consciente de como la afectan esos pensamientos

La paciente N° 7 ha logrado mejorar la relacion con sus hermanas de comunidad Siente que aun debe mejorar la forma de decir lo que siente pero sigue trabajando en eso Que cuando algo le molesta practica las tecnicas de respiracion

La paciente N° 10 Manifesto que la ira que sentia ha disminuido grandemente puede sonreir sin dificultad y ya no se siente tensa

Sesion 20

A estas sesiones individuales asistieron 5 pacientes

La paciente N° 1 Continua confrontando los pensamientos irracionales en menor escala pero como ya es consciente de ello ella misma los analiza y controla Decidio hablar abiertamente con su formadora y eso la hizo sentirse bien

La paciente N° 2 Ha logrado mantener las habilidades proporcionadas y se siente muy segura su formadora le ha dado responsabilidades

La paciente N° 4 Ha decidido retirarse de la comunidad y ha bajado su nivel de preocupacion al darse cuenta de su asma es producido por las situaciones que esta viviendo

La paciente N° 5 Aunque la problematica de su pais continua ya ha aceptado que ella no puede cambiarla y que la preocupacion la estaba perjudicando a ella y a sus hermanas de comunidad Necesita continuar en terapia

La paciente N° 6 ha logrado mejorar la relacion con sus hermanas de comunidad Ha aceptado que por cultura es diferente a las otras en su manera de hablar pero continua esforzandose por mejorar

La paciente N° 10 Manifiesta sentirse cada vez mas a gusto con ella misma y con su grupo fraterno se siente relaja

ANEXO N° 5

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha _____

Como una estrategia para mejorar el proceso de adaptacion de algunas mujeres que ingresan a los institutos de vida consagrada durante un tiempo definido les estare brindando sesiones individuales y grupales de psicoterapia

El programa que se ha diseñado se compone de 20 sesiones 3 individuales 1 de integracion 12 grupales y las 4 ultimas de seguimiento con una duracion estimada de 50 a 60 minutos y una frecuencia de 1 o 2 sesiones por semana

Se aplicaran pruebas y se asignaran tareas con el objetivo de identificar y controlar los factores que al iniciar un estilo de vida diferente como consagrada generan en el dia a dia reacciones muchas veces incontrolables

Los datos que se recaben seran de uso exclusivo y confidencial para el proposito de este estudio

Los resultados individuales con las recomendaciones para afrontar y mejorar la conducta seran compartidos solo con las participantes las cuales se podran retirar del programa en el momento que lo consideren

Con mi firma acepto y me comprometo a participar de las sesiones de psicoterapia con la Psicologa hermana Daira Rosales

Nombre de la participante

Fecha

Firma y cedula

Firma de la investigadora

Datos de la investigadora

Nombre Daira Araceli Rosales

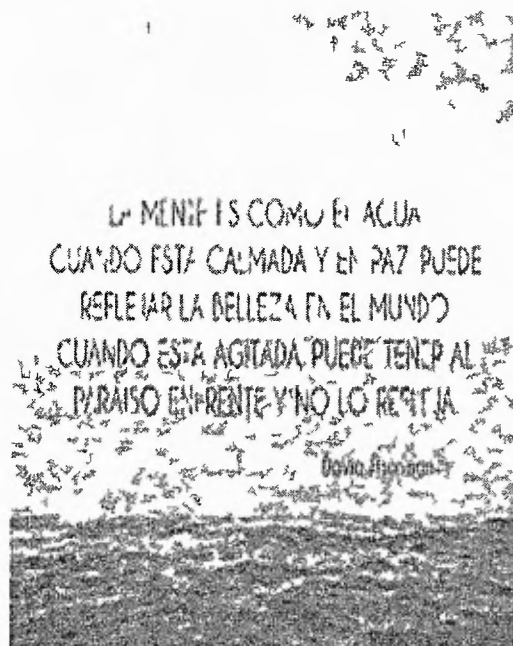
Programa Magister en Psicologia Clinica Universidad de Panama

Correo electronico dairosban@gmail.com

APENDICES

Apéndice A

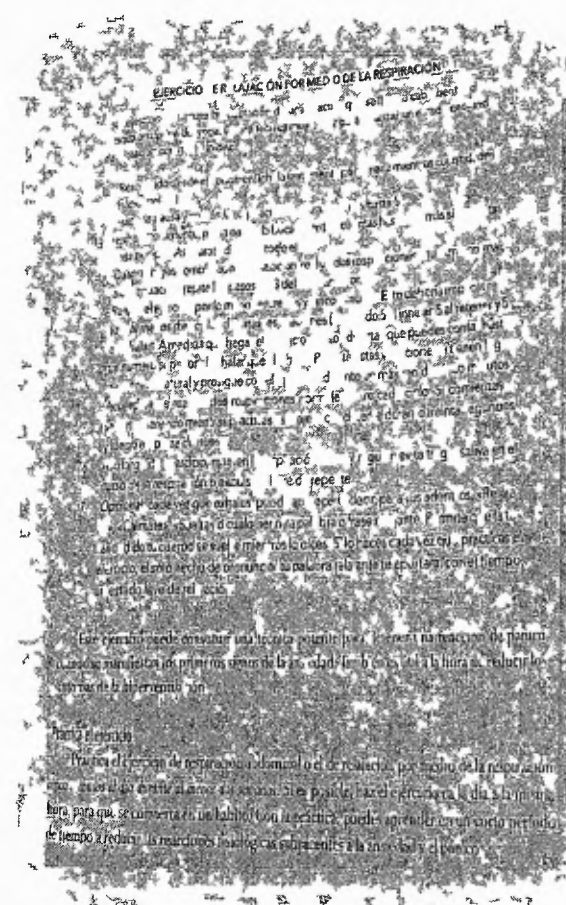
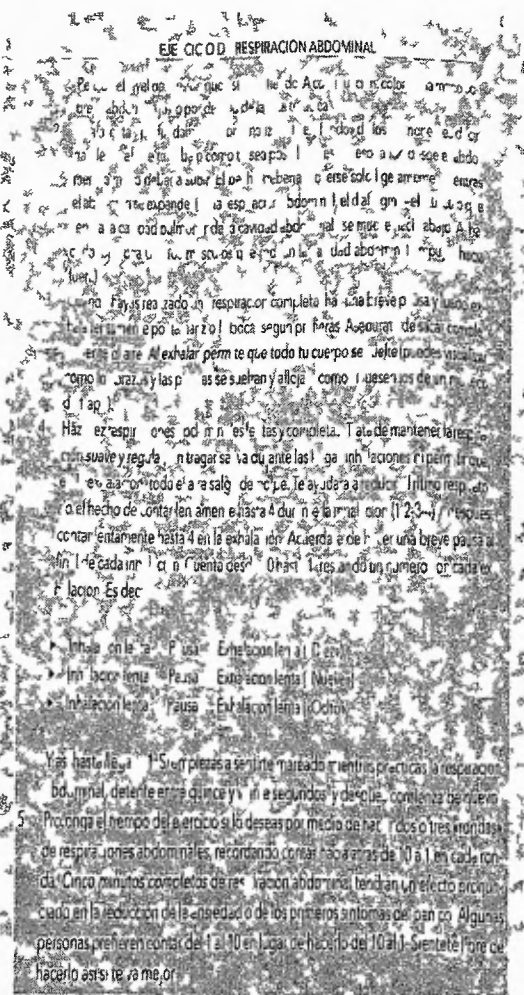
TECNICAS DE RESPIRACION Y RELAJACION

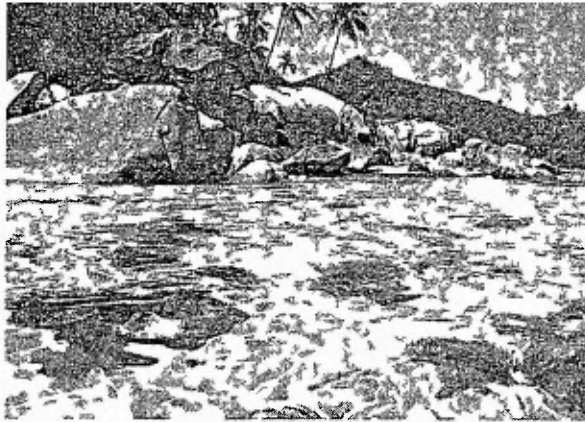


La relajacion es mas que ver un programa de TV o estar sentado en el parque o pasar un buen momento con unos amigos

La relajacion requiere de la practica asidua diaria Tienes en tus manos el material que necesitas para relajarte en tus horas de descanso

Cuando sientas que ya dominas esta tecnica usala cuando te sientas estresada o cuando experimentes ansiedad (Bourne 2015)





RELAJACIÓN MUSCULAR

Hay que aprender a reconocer la sensación que produce la tensión muscular para controlarla.

El método consiste en contraer los diferentes grupos musculares por segmentos y luego relajarlos subitamente.

Diferentes para practicar la relajación muscular progresiva (o cualquier forma de relajación profunda).

Las siguientes indicaciones te ayudarán a sacar el máximo partido de la relajación muscular progresiva. También son aplicables a cualquier tipo de relajación profunda que te comprometas a practicar con asiduidad, incluidas la autohipnosis, la visualización guiada y la meditación.

1. Practica durante al menos 15 minutos al día —aunque es preferible dos periodos de veinte minutos cada uno—. Es imprescindible practicar una vez al día para obtener los efectos de la generalización. (Es posible que desees comenzar la práctica con periodos de treinta minutos. A medida que adquieras habilidad en la técnica de la relajación, comprobarás que la cantidad de tiempo que necesitas para experimentar la respuesta de relajación se reduce.)

2. Busca un lugar tranquilo para practicar en el que no se te distraiga. No permitas que suenen el teléfono mientras estás practicando. Usa un ventilador o el aire acondicionado para tranquilizar el ruido de fondo, si es necesario.

3. Practica a horas regulares. Los mejores momentos son, generalmente, al despertar antes de acostarse o antes de una comida. Una rutina constante de relajación diaria aumentará la probabilidad de experimentar los efectos de la generalización.

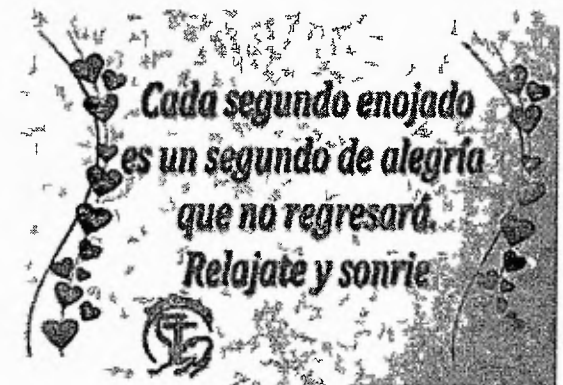
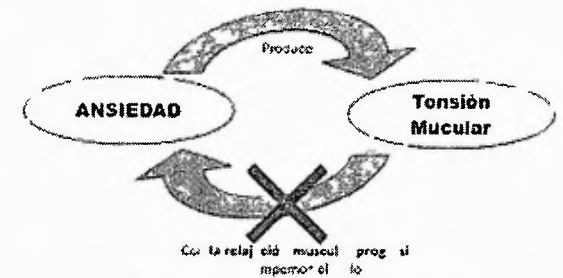
4. Practica con el estómago vacío. La digestión de los alimentos después de las comidas tiende a interrumpir la relajación profunda.

5. Adopta una postura cómoda. Todo tu cuerpo, incluida la cabeza, debe encontrarse sobre un soporte adecuado en un sofá o en la cama y sentarse en una silla reclinable son buenas formas de hacerlo. Si te acuestas, puedes colocar una almohada debajo de las rodillas para mayor apoyo. Sentarse es preferible a acostarse en caso de sentirse cansado y con

mucho. Evita poner demasiado énfasis en la profundidad de la relajación de un día con otro, lo que puede ser contraproducente. No te preocupes por el ruido de fondo, los zapatos, el reloj, las gafas, las lentillas, de contacto, las joyas, etc.

6. Mantén la respiración normal por un tiempo. Date permiso para dejar a un lado la preocupación. Es difícil permitir que el cuidado de ti mismo y la serenidad tengan prioridad sobre el puñal de tu preocupación. (El éxito con la relajación depende de que la de una prioridad elevada a la paz mental en tu esquema general de valores.)

7. Asume una actitud positiva de relajación. Este es probablemente el elemento más importante. Adopta una actitud de "dejar que suceda" y permítete estar libre de cualquier preocupación acerca de si estás relajado o no. No trates de relajarte. No trates de controlar tu cuerpo. No juzgues cómo lo haces. La clave es soltar.



Apendice B

REGISTRO DEL CONTROL DE LA RESPIRACION Y RELAJACION MUSCULAR

ACTIVIDAD	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Respiración (minutos)							
Otros ejercicios de respiración especifique							

Apendice C

LISTA DE CUALIDADES PERSONALES – YO SOY

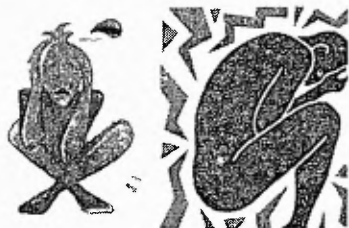
Señalar cualidades personales que te caracterizan



Abierta	Cooperativa	Fiable	Persuasiva
Activa	Coordinadora	Fiel	Polivalente
Actual	Cordial	Firme	Ponderada
Adaptable	Cortes	Flemática	Positiva
Afable	Creativa	Flexible	Practica
Ágil de mente	Coherente	Formal	Precavida
Agresiva	Con criterio	Gerencial	Precisa
Alerta	Crítica	Hábil	Productiva
Amable	Cuidadosa	Honesta	Puntual
Ambiciosa	Culta	Imaginativa	Rápida
Amplia de mente	Cumplidora	Independiente	Razonable
Analítica	Decidida	Especializada	Recta
Animosa	Delegadora	Justa	Con recursos
Aplomo	Desenvuelta	Laborosa	Reflexiva
Asertiva	Dialogante	Leal	Relacionada
Atenta	Diplomática	Capacidad de líder	Respetuosa
Auténtica	Discreta	Logica	Responsable
Capaz	Duro	Madura	Resolutiva
Con carácter	Económica	Dotes de mando	Con salud
Cauta	Ecuánime	Mañosa	Segura
Clara	Eficaz	Matemática	Sensata
Coherente	Eficiente	Mecánica	Serena
Colaboradora	Ejecutiva	Con memoria	Sincera
Comunicadora	Emprendedora	Metódica	Sistemática
Conciliadora	Enérgica	Minuciosa	Prudente
Concreta	Entregada	Motivadora	No problemática
Confianza si misma	Entusiasta	Negociadora	Con tacto
Consciente	Especializada	Objetiva	Tenaz
Constante	Estable	Optimista	Tolerante
Constructiva	Ética	Organizada	Trato agradable
Con control	Exacta	Ordenada	Vendedor
Emocional	Exigente	Paciente	Versada
Convincente	Experta	Perceptiva	Visión comercial
Con convicciones	Extrovertida	Persistente	Voluntariosa

Apendice D

¿ESTA SIEMPRE PREOCUPADA?



¿Le suena familiar esto?

Sufria serios problemas para dormir. Habia ocasiones en que me levantaba alarmado en la mitad de la noche. Tenia problemas para concentrarme incluso para leer el periodico o una novela. En ocasiones me sentia un poco mareado. Mi corazon se aceleraba o latia fuertemente. Y eso me preocupaba aun mas. Siempre me imaginaba cosas peores que la realidad. Si tenia un dolor de estomago pensaba que era una ulcera.

No me reconozco, no soy yo misma. Sin hacer nada estoy agotada, no duermo, estoy nerviosa y muy irritable. Todo me da miedo, desconfio de los demas, creo que piensan mal de mi. Me alejo de mi familia, de mis amigos, me voy aislando cada vez mas.

¿Se preocupa constantemente?

Marque a continuacion todos los problemas que ha tenido a menudo durante los ultimos seis meses.



- ☐ Nunca dejo de preocuparme de cosas va scan a ardes o pequeños
- ☐ Me da dolor de cabeza y otros dolores y malestares sin razon alguna
- ☐ A menudo siento tension y es dificil relajarme
- ☐ Me cuesta mantener mi mente enfocada en una cosa a la vez
- ☐ Me pongo de mal humor
- ☐ Me cuesta dormir o mantenerme dormido
- ☐ Transpiro mucho y siento sofocos
- ☐ A veces siento un nudo en mi garganta o siento deseos de vomitar cuando me preocupo

Si usted marco mas de uno de estos sintomas puede ser que padezca de **Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD)**.

El Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD) es una enfermedad **real** que necesita tratamiento.

¿Que es el Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD)?

El Trastorno de Ansiedad Generalizada o GAD por sus siglas en ingles es una enfermedad real.

Si sufre de GAD usted se preocupa todo el tiempo por su familia, su salud y su trabajo aun cuando no hay motivo. A veces su preocupacion no es causada por nada especifico pero aun asi se siente tenso(a) y preocupado(a) todo el dia. Tambien sufre de dolores y malestares sin razon y tambien se siente cansado(a) a menudo.

Todas las personas se preocupan de vez en cuando pero las que padecen de GAD se mantienen preocupadas constantemente. Sienten miedo de que va a ocurrir lo peor y no se pueden relajar.

¿Cuando comienza el trastorno de ansiedad generalizada (GAD) y cuanto tiempo dura?

El trastorno se desarrolla gradualmente y puede comenzar en cualquier punto del ciclo de vida aunque los años de mayor riesgo son aquellos entre la infancia y la mediana edad. Existe evidencia de que los genes pueden tener un papel modesto en este trastorno.

¿Soy yo la unica persona que sufre de esta enfermedad?

No. No es la unica. En un año 4 millones de personas en los Estados Unidos sufren de GAD. Las mujeres tienen el doble de probabilidades que los varones de experimentar un TAG.

Aprenda a identificar los sintomas



1 Identifica los síntomas emocionales

Con frecuencia la ansiedad se relaciona con los sentimientos de temor y de preocupación. Estos sentimientos pueden producir conductas distintas. Además del miedo y de la preocupación, algunos otros síntomas emocionales son los siguientes [1]:

- sentirte irritable e inquieto
- sentirte tenso o nervioso
- sentir aprensión o temor
- esperar que ocurra lo peor
- perder la concentración o quedarse con la mente en blanco



2 Reconoce los síntomas físicos

Además de los síntomas emocionales, suelen presentarse algunos síntomas físicos con la ansiedad. Muchas personas que sufren de un trastorno de ansiedad tienen algunos síntomas físicos todos o casi todos los días. Entre estos síntomas se incluyen los siguientes:

- corazón acelerado
- manos sudorosas
- malestar estomacal o náusea
- micción frecuente o diarrea
- tensión en los músculos
- dolores de cabeza
- difficultad para respirar

- contracciones nerviosas o temblores



3 Observa los síntomas de conducta

La ansiedad puede hacer que te comportes de formas distintas. Es posible que evites enfrentarte a ciertas situaciones a causa de la ansiedad que podrían provocarte [3]. Estas situaciones incluyen el trabajo, la casa, la escuela o las situaciones sociales. Evitar estas actividades podría impedir que tengas una vida normal. Quizás te des cuenta de que evitas las situaciones sociales a propósito, como las fiestas o las salidas con tus amigos.

4 Observa los cambios en tu desempeño

Tener un trastorno de ansiedad significa que los síntomas pueden impactar tu vida de una forma negativa y reducir tu desempeño. Esto incluye tener problemas en el trabajo, en la escuela, en la casa o en las situaciones sociales, como consecuencia de la ansiedad. Por ejemplo, es posible que pierdas tantos puntos en una clase debido a la ansiedad que al final esto te impida pasar de curso.

También es posible que observes que no puedes controlar tus temores o preocupaciones y que te impiden tener una vida normal [4]. Por ejemplo, quizás tengas dificultades para dormir o para concentrarte en una tarea importante porque te preocupa mucho una prueba que se avecina.

5 Observa la duración de los síntomas

Las personas que padecen un trastorno de ansiedad tienen síntomas continuos. Para recibir un diagnóstico de trastorno de ansiedad, los síntomas deben presentarse por más de seis

meses y casi todos los días durante este periodo.

¿Cómo es el tratamiento del TAG?

Las personas con TAG han de aprender estrategias para afrontar la ansiedad y la preocupación excesiva.

El tratamiento frecuentemente incluye fármacos o formas específicas de psicoterapia, como la Terapia Cognitivo Conductual.

A continuación, algunos consejos sobre cómo afrontar la ansiedad:

- Aprenda maneras de relajarse; estas pueden incluir técnicas de respiración de relajación muscular.
- Haga ejercicio regularmente; las personas que están ansiosas con frecuencia dejan de hacer ejercicio, sin embargo, este le puede dar una sensación de bienestar y le puede ayudar a disminuir la ansiedad.
- Duerma las horas necesarias.
- Evite el consumo de bebidas excitantes (café, refrescos con cola, chocolate).
- Busque ayuda y hable de sus síntomas con personas de su círculo cercano de amistades y consulte a su médico, quien se der necesario, la referirá a un terapeuta para que pueda aprender a manejar sus síntomas de ansiedad.



Apendice E

FORMATO PARA REGISTRO DE SITUACIONES DE PREOCUPACION Y ANGUSTIA APARECIDAS DURANTE LA ULTIMA SEMANA

Evento o situacion _____

Situacion	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
¿Donde estaba?							
¿Con quien estaba?							
¿Que estaba pasando?							
¿Que estaba pensando?							
¿Como se sentia?							
¿Que sensaciones tenia?							
¿Que hicieron las personas que estaban conmigo?							

Apendice F

EL ARBOL DE LA ANSIEDAD



Fuente (Moron 2016)

Forma grafica de comprender el proceso ansiedad (Moron 2016)

- La Tierra fértil donde se da la ansiedad es el miedo donde se pueden dar raíces de creencias (distorsionadas) que con el tiempo se convierte en estrés
- Este estrés puede ser pequeño y manejable como pequeñas plantas o bien crecer a un tronco más robusto que ya sería la ansiedad esto depende de que tanto reguemos (aumentemos) nuestras creencias distorsionadas
- El riego el agua que le da vida a la ansiedad está compuesto por experiencias de abuso y trauma por tener un patrón de comportamiento hacia el control la resistencia y el perfeccionismo por comportarnos con los demás bajo el esquema de codependencia obsesionándonos y acumulando emociones negando y evitando los problemas y distorsionando la realidad por nuestra baja autoestima y autoconfianza
- Esto genera que crezca el árbol de la ansiedad del cual salen las diferentes ramas (trastornos) de la ansiedad los cuales son hipocondría fobias pánico con o sin agorafobia TOC TAG y Trastorno de Estrés Postraumático
- Los frutos serían los síntomas pero en quitarnos los síntomas no está la solución hay que ir a las raíces a nuestras creencias a dejar de vivir con miedo y sobre todo dejar de regar al árbol cambiando nuestras actitudes y maneras de comportarnos con nosotros y los demás

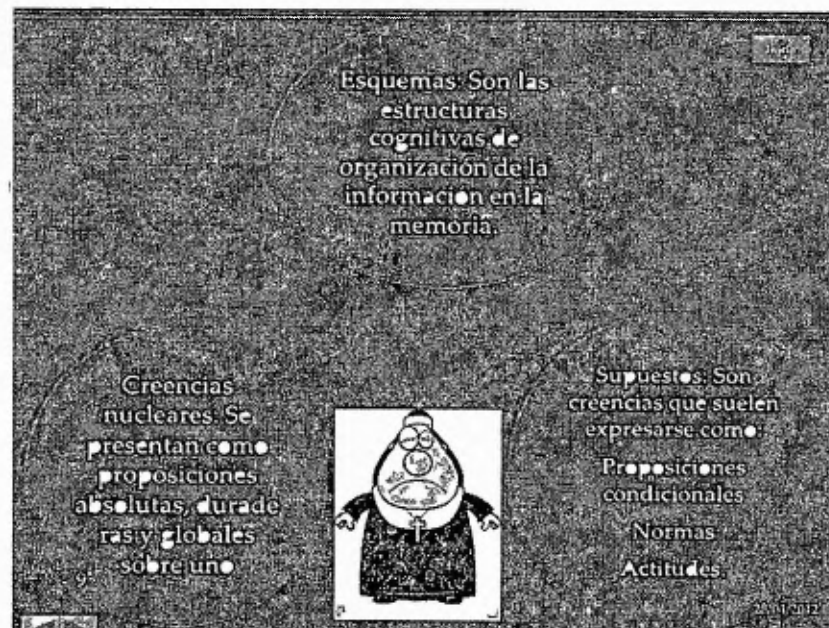
Apendice G

FUNDAMENTOS TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

¿Que son los esquemas mentales?

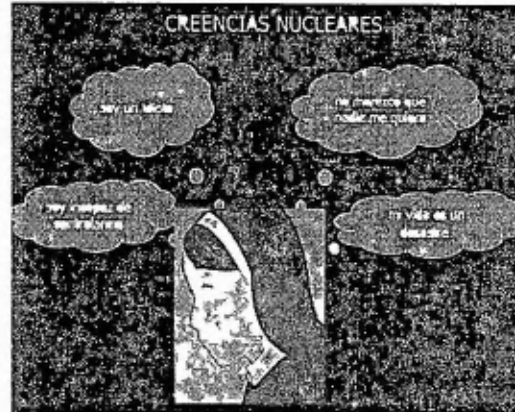


Los esquemas cognitivos son entidades organizativas conceptuales complejas compuestas de unidades mas simples que contienen nuestro conocimiento de como se organizan y estructuran los estímulos ambientales (creencias nucleares) En TC se usan indistintamente los terminos esquema cognitivo o creencias nucleares Hay que tener en cuenta que las creencias nucleares constituyen el sustrato mas profundo de los esquemas Las creencias intermedias se suelen formular en proposiciones del tipo si entonces y en cuyo desarrollo juega un papel importante las creencias nucleares



Apendice G 2

FUNDAMENTOS TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL CREENCIAS NUCLEARES



Las creencias centrales se encuentran en el nivel mas profundo de nuestra conciencia Asi que constituyen nuestros valores nuestra identidad y las afirmaciones mas globales a cerca de nosotros mismos del mundo o de los demas Pueden ser flexibles o realistas y pueden adaptarse a las circunstancias (Cortes 2014)

Asi que nosotros desarrollamos creencias positivas y adaptativas (Generalmente hago las cosas bien soy una persona amable y alegre) pero tambien desarrollamos creencias centrales negativas

- 1 A cerca de nosotros mismos la mayoría relacionadas con el *desamparo* (Soy debil soy incompetente los demas no me respetan)
- 2 A cerca de los demas (No se puede confiar en los demas La gente siempre me hace daño)
- 3 A cerca de la vida (La vida es dura la vida es injusta)
- 4 A cerca del mundo (El mundo es todo un caos este mundo es cada vez peor)

Generalmente estas creencias negativas son globales rígidas y poco realistas las aceptamos y las creemos como si fueran verdades absolutas

Apendice H

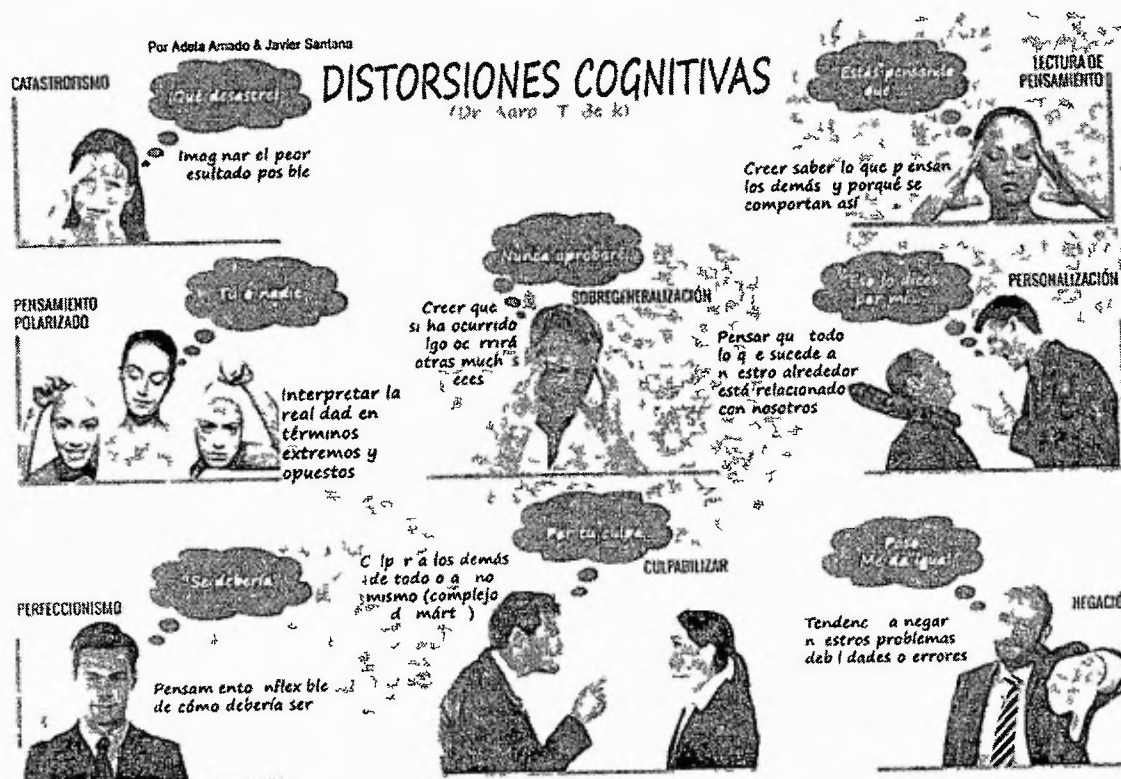
PENSAMIENTOS, SENTIMIENTOS, EMOCION

Identificar y maecar con un ganchito si es sentimiento emocion pensamiento sensacion fisica

		Sentimiento	Emocion	Pensamiento	Sensacion fisica
1	¡Que bien!				
2	Amor				
3	Miedo				
4	Genial				
5	Pulso acelerado				
6	Ira				
7	Calor				
8	Respeto				
9	Lo voy a disfrutar muchísimo				
10	Alegria				
11	Sorpresa				
12	Que bien me conoce				
13	Tension en las mejillas				
14	Sudor				
15	Tristeza				

Apendice I

¿QUE SON LAS DISTORCIONES COGNITIVAS?



Fuente Blogdepsicologia Terapia Cognitivo Conductual de Beck

Apéndice J

DEBATE DE CREENCIAS IRRACIONALES

Creencia irracional	Debate personal de la creencia irracional
1 Necesito amor y aprobacion de todos cuantos me rodean	
2 Para ser valioso debo conseguir todo lo que me propongo	
3 Los malos deben ser castigados por sus malas acciones	
4 Es horrible que las cosas no salgan como yo deseo	
5 Los humanos no podemos hacer nada para evitar las desgracias y sufrimientos pues son producidas por causas externas a nosotros y que no podemos controlar	
6 Debo pensar constantemente que puede ocurrir lo peor	
7 Es mas facil evitar responsabilidades que afrontar dificultades	
8 Hay que tener a alguien mas fuerte en quien confiar	
9 Mi pasado es determinante de mi presente y futuro	
10 Debo preocuparme constantemente de los problemas de los demas	
11 Cada problema tiene una solucion acertada y es catastrofico no encontrarla	

Apendice K

REGISTRO Y PRUEBAS A FAVOR Y EN CONTRA DEL PENSAMIENTO AUTOMATICO

[illegible]